

IS

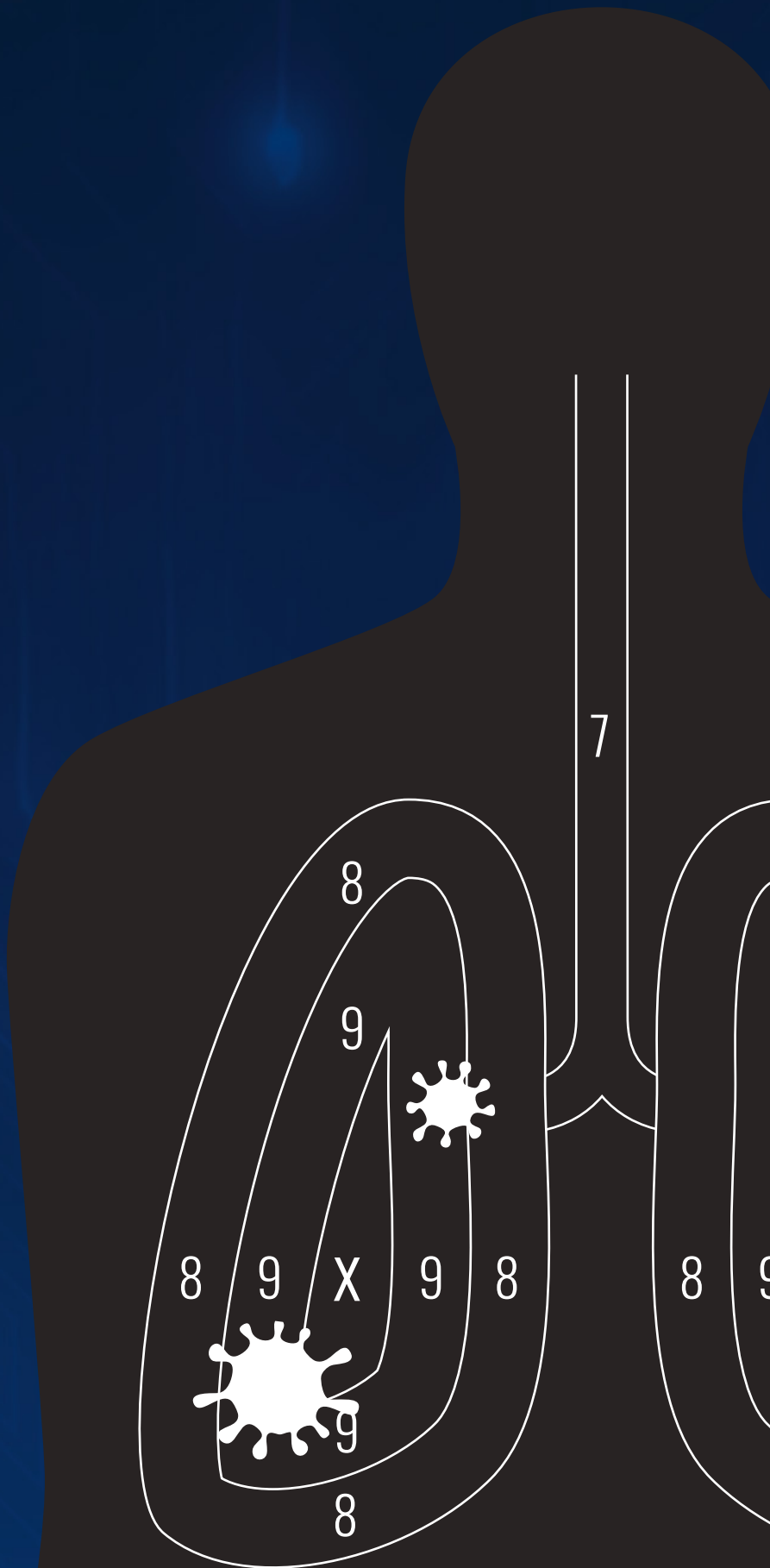
IS

Glasiilo Zdravniške
zbornice Slovenije
Februar 2025
Številka 2

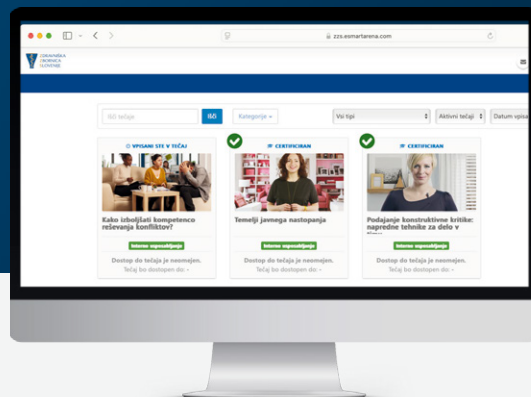
ANALIZA TEGA, KAKO RESPIRATORNI VIRUSI ZADENEJO SLOVENCE

Doc. dr. Maja Sočan

“Morda začnemo z osnovno ugotovitvijo, ki velja za viruse, ki povzročajo akutno okužbo dihal, da pri večini bolnikov okužba poteka asimptomatsko ali oligosimptomatsko, torej je blaga in mine sama po sebi.”



NOVA E-IZOBRAŽEVALNA APLIKACIJA



Aplikacija

Zdravniška zbornica Slovenije z veseljem predstavlja **novi e-izobraževalni aplikacijo**, ki je namenjena članom za izpopolnjevanje mehkih veščin in nadgradnjo znanja na področju, ki je ključnega pomena za vsakodnevno delo zdravnikov in zobozdravnikov. Etika, komunikacija in medosebni odnosi so temelj zaupanja med zdravnikom in pacientom ter osnova za uspešno timsko delo. Prav zato smo pripravili aplikacijo, ki vam omogoča, da področje mehkih veščin nadgrajujete na preprost in učinkovit način – kadarkoli in kjerkoli. Z opravljenimi e-tečaji boste **pridobili kreditne točke** s področja etike, komunikacije, varnosti in kakovosti. Pridružite se novi aplikaciji in sodobnemu načinu učenja, ki podpira vašo profesionalno rast!

QR-koda do aplikacije



Koraki za dostop



1. Obiščite spletno stran

Pojdite na zdravnikazbornica.si/domus-medica, kjer je na voljo nabor različnih izobraževanj.



2. Izberite kategorijo "Samoizpopolnjevanje"

V rubriki Aktualni dogodki in izobraževanja poiščite razdelek Samoizpopolnjevanja.



3. Izberite izobraževanje

Kliknite na zeleno e-izobraževanje in nato izberite možnost "Dostop do tečaja".



4. Prijava na eSmartArena

Po kliku na "Dostop do tečaja" boste preusmerjeni na platformo, kjer se prikaže prijavi obrazec. Izberite možnost "Prijava ZZS". Prijavite se z uporabniškim imenom in geslom za vstop v zbornične strani.



5. Začnite s tečajem

Po uspešni prijavi lahko začnete z izobraževanjem.



Z opravljenimi tečaji boste pridobili kreditne točke s področja **etike, komunikacije, varnosti in kakovosti**.

Pišite nam
za tehnično
pomoč



podpora@zss-mcs.si

Med spomini in resničnostjo

Miha Lukač

Spomini me velikokrat ponesejo v zgodnjo mladost, v čas rojstva naše države. V tistih letih, ko še nisem vedel, kaj bom v življenju počel, sem se najraje potikal po gozdovih in travnikih ob hiši svoje babice, včasih s kolesom, včasih v spremstvu psa, pa tudi prijateljev. Ob večerih sem opazoval zvezde in se spraševal, kaj vse neodkrita je še na tem svetu, kaj vse je še možno doseči. Sprva so me navdihovali junaki iz akcijskih filmov in stripov, kasneje umetniki in znanstveniki. Kako je recimo lahko tako enostaven in majhen izum tuljave, ki je omogočil pretvorbo električnega toka v mehansko silo, naredil naše življenje takšno, kot ga poznamo danes. Spomnim se tudi očeta, ki je prišel tistega poletnega večera domov ves blaten in moker v uniformi Teritorialne obrambe; nikoli ne bom pozabil solz sreče v maminih očeh, ko ga je videla stati živega in zdravega med vrati našega stanovanja.

Babičine hiše in bližnjega gozda danes ni več, tam poteka namreč pomurska avtocesta. V mojem rojstnem Lenartu pa je bil v spomin ob 30-letnici samostojne države postavljen spomenik, kjer vsakokrat, ko se peljem mimo, preberem besede »Ena je Mati, ena je Domovina«. Domovina. Domovina naj bi bila torej kot mati vseh svojih prebivalcev, mar ne? Skrbela naj bi za njihovo blagostanje, reševala njihove težave, jih ščitila. Ko sem končal specializacijo iz družinske medicine, malo več kot 10 let nazaj, sem se pogovarjal s kolegico, ki se je z družino preselila na Švedsko. Rekla mi je, da »glavna razlika je to, da tukaj na Švedskem ni važno, od kod si, kdo so tvoji starši in kakšen je tvoj materni jezik. Tukaj kot zdravnik pomeniš za skupnost socialno blagostanje. In tako se tudi vedejo. Tukaj zdravnik nikoli ne bo pomenil korupcije na dveh nogah ali boga v belem.« Takrat tega nisem čisto razumel, češ saj tudi v Sloveniji ljudje zdravnike cenijo, pa tudi bogovi nismo nikoli bili in nikoli ne bomo. Ampak sčasoma sem začel tudi sam spoznavati, da v naši Domovini že zdavnaj ni več tistega zanosa in ideje o demokratični družbi, kjer bi bilo na voljo za vse dostopno vrhunsko



Miha Lukač, dr. med., spec. družinske medicine, je predsednik Odbora za zasebno dejavnost pri ZZS in predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, ki v letošnjem letu vodi Koordinacijo zdravniških organizacij.

zdravstvo in šolstvo, stabilen srednji razred, da nihče ne bi bil lačen ali živel na cesti. Ideja o Domovini, za katero smo se borili in ki sem si jo gradil v mislih od otroštva, je bledela.

Med svojim delom kot družinski zdravnik v podeželski ambulanti sem se začel tudi aktivno vključevati v zdravniške organizacije. Sprva kot poslanec Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije, kasneje tudi kot član raznih odborov; v tem mandatu vodim Odbor za zasebno dejavnost. Izkušenj je bilo ogromno, predvsem pa sem si v vsem tem času zapomnil dve stvari. Noben argument ne pomaga, če ni družbene ali politične volje po spremembah, ter noben argument ne pomaga, če ta volja je. Na raznih sestankih, ki jih je bilo v teh letih res ogromno, sem spoznal kar nekaj novih zdravstvenih ministrov in sekretarjev. Zdravniki smo zmeraj, ne glede na organizacijo, ki smo jo zastopali, predstavljali enotno mnenje. Da mora vsaka sprememba oz. reforma zdravstvenega sistema izhajati iz tega, kaj bodo imeli od tega bolniki. Ali bo njihova oskrba zato bolj strokovna, bolj dostopna, bolj varna!?

Z leti opažam, da se vzorec neupoštevanja argumentov stroke ne samo ponavlja, ampak še celo pogloblja. Ob tem pa se zadnja leta vzklika geslo »Kruha in iger!«. Določene skupine ljudi in poklicev, ki niso pogodu določenim politič-

nim ali gospodarskim interesom, tako načrtno postajajo razredni sovražniki. Nekateri so uvrščeni tudi v kak nov razred na rodoslovnem drevesu živali. Ob tem pa takšna zborovanja in skandiranja vedno bolj spominjajo na gibanja, ki so prevevala Evropo pred sto leti in so omogočila vzpon nekaterih najokrutnejših režimov, ki jih je človeštvo kdaj poznalo. Kdor se upre, se ga že v naslednjem hipu začne javno šikanirati. V časopisih, na družbenih omrežjih, po televiziji, v spletnih

medijih, forumih, skratka povsod. In potem nas je vedno manj tistih, ki se ne bojimo povedati resnice naglas in javno. Rečejo, da smo v manjšini, da ne predstavljamo zdravništva. Nihče pa se ne ukvarja s tem, kaj govorimo. Vsa naša prizadevanja namreč vedno stremijo k temu, da sploh ni pomembno, kako je nekdo zaposlen ali kaj dela v prostem času, ampak da je edino pomembno to, da se v središču sistema zmeraj postavi bolnika in njegovo oskrbo. To bi moral biti cilj vsake reforme. Iz tega cilja bi morali

nato izhajati ideje in predlogi, kako to doseči.

Kot do sedaj, verjamem, da se bomo tudi v prihodnje vsi še dalje trudili, dokler ne ugasne še zadnji glas demokratičnosti, resnice in človekoljubja. Napis na spomeniku v Lenartu se v tem duhu tudi konča z besedami »Pesmi so ostale tihe priče zgodovine slovenskega naroda«.

**Miha Lukač, dr. med., predsednik
Odbora za zasebno dejavnost,
predsednik SZZZZS**



DOMUS MEDICA

**PREGLED
VSEH
STROKOVNIH
SREČANJ NA
ENEM MESTU!**
WWW.DOMUSMEDICA.SI

**OBIŠČITE NAŠO SPLETNO STRAN
WWW.DOMUSMEDICA.SI**

kjer najdete seznam in osnovne informacije o vseh strokovnih dogodkih, za katere je organizator podal vlogo za dodelitev kreditnih točk.

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

Preko te strani je možna e-prijava na vse dogodke.

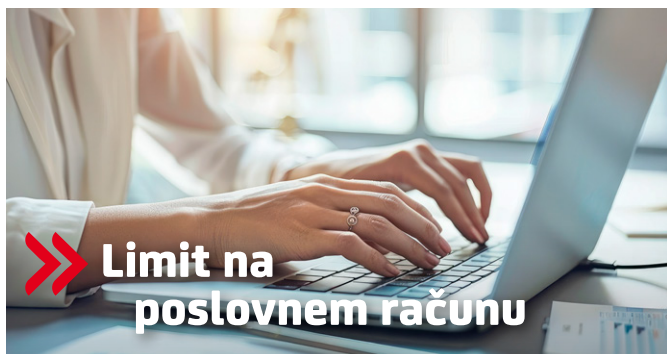
INFORMACIJE:
Andreja Stepišnik
01 30 72 194
andreja.stepisnik@zzs-mcs.si

EDNANSKA ZBORNICA STOLNICE
FIDES
**Strokovno združenje
zasebnih zdravnikov
in zobozdravnikov
Slovenije**

S pravim partnerjem do uresničitve svojih poslovnih ambicij

Finančni viri so ključnega pomena za uspešno poslovanje in razvoj podjetja. Izbira ustreznega financiranja pa je marsikdaj lahko odločilni dejavnik, ne glede na to, ali se na poslovno pot šele podajate ali pa razmišljate o razširitvi oziroma modernizaciji svoje zdravniške prakse.

Kot člani Zdravniške zbornice Slovenije z zasebno prakso* lahko v UniCredit Bank izkoristite posebej ugodne pogoje financiranja. Posebna ponudba vam je na voljo do vključno 30. junija 2025.



Limit, ki ga lahko koristite za plačilo različnih obveznosti in nepredvidenih stroškov, predstavlja eno najbolj fleksibilnih oblik kratkoročnega financiranja.

- **Ročnost do 12 mesecev,**
- **2-odstotni točki nižja fiksna obrestna mera** v primerjavi z redno ponudbo**,
- **50 % popust** na stroške odobritve.



Se občasno soočate s pomanjkanjem likvidnih sredstev? Kratkoročni revolving kredit vam omogoča večkratno koriščenje, v različnem časovnem obdobju.

- **Ročnost do 12 mesecev,**
- **2-odstotni točki nižji pribitek na variabilno obrestno mero** v primerjavi z redno ponudbo,
- **50 % popust** na stroške odobritve.



Skrbi glede financiranja tekočega poslovanja, zagotavljanja neprekinjene nabave blaga in potrebne zaloge, bodo s pomočjo kredita za obratna sredstva postale preteklost.

- **Ročnost do 36 mesecev,**
- **1,5-odstotne točke nižja fiksna obrestna mera** v primerjavi z redno ponudbo**,
- **50 % popust** na stroške odobritve.



Uresničite svoje ideje o nakupu ali modernizaciji poslovnih prostorov in opreme z najemom dolgoročnega investicijskega kredita.

- **Odplačilna doba do 15 let,**
- **2-odstotni točki nižja fiksna obrestna mera** v primerjavi z redno ponudbo**,
- **50 % popust** na stroške odobritve.

*Ponudba velja za zasebnike z lastno prakso, ki so v preteklem koledarskem letu ustvarili do 1 milijon evrov prihodkov.

**Izvlček sklepa o obrestnih merah za pravne osebe, podjetnike in zasebnike je objavljen na spletni strani www.unicreditbank.si/cenik-podjetja

Dodatne informacije:

UniCredit Banka Slovenija d.d.

Ameriška ulica 2, 1000 Ljubljana

☎ 01 5876 600

✉ zszs@unicreditgroup.si

🌐 www.unicreditbank.si

 **UniCredit Bank**

Uvodnik

- 3** Med spomini in resničnostjo
Miha Lukač

K naslovnici

- 8** Doc. dr. Maja Sočan
Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Zakaj na Nizozemskem ni ljudi brez osebnega zdravnika
Urška Šestan
- 16** Iz dela zbornice
- 18** Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije
- 19** Management organizacij in vodenje ljudi je v zdravstvu zahtevna strokovna naloga, ki ne more in ne sme biti prepuščena stihiji
Petra Došenović Bonča

Personalna

- 20** Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev
- 20** Prejemniki zdravniških in zobozdravniških specialističnih licenc
- 22** Podeljene licence na podlagi v tujini pridobljene poklicne kvalifikacije

Strokovni kotichek

- 23** Multidisciplinary Journal Club – Multidisciplinarni klub strokovne literature
Janez Tomažič
- 26** Vabljeni na spletni tečaj onkogenomike

Aktualno

- 28** Ob novi verziji predloga Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja
Matjaž Zwitter

Iz Evrope

- 32** Tuji bolniki v hrvaških ambulantah
Anton Mesec
- 32** Praktično dnevno: Docela normalna norost v praksi. A nič normalen delovni teden
- 33** Zdravnice in zdravniki za nočno delo ter delo čez vikend

Forum

- 34** Komentar k zapisom
Barbara Podnar
- 34** Isis 2025, št. 1, komentar
Marjan Kordaš

Intervju

- 36** Nikoli obupati!
Zvonka Zupanič Slavec

Medicina

- 39** Priporočila za zdravljenje hude zunajbolnišnične pljučnice z glukokortikoidi
Milica Lukić, Vladimir Dimitrić, Matevž Harlander, Matjaž Jereb, Mišja Košnik, Katarina Osolnik, Matjaž Turel, Tomaž Vovko
- 42** Le kakšna bo prihodnost plomb v Sloveniji po obdobju čebeljega voska in amalgama?
Tomaž Hitij
- 45** Hemovigilanca – poročilo Službe za hemovigilanco za leto 2023
Aleksandra Bajt, Ivica Marić, Irena Bricl

Poročila s strokovnih srečanj

- 49** Regijski kongresi reproduktivne medicine
Damir Franić
- 51** Velik in pomemben antropološki dogodek v Zagrebu
Maruška Vidovič

- 52** Mojstrski tečaj komunikacije v paliativni oskrbi pod vodstvom Franka Ferrisa
Maja Šeruga, Nevenka Krčevski Škvarč, Vesna Ribarič Zupanc, Andrej Žist

- 54** Strokovna konferenca slovenskih naravnih zdravilišč
Tanja Rauter Pungartnik, Zmago Turk

- 56** Zdravje in dobro počutje mladostnikov – upanje v času negotovosti
Bernarda Vogrin

Strokovne publikacije

- 58** Odprti dialogi
Zdenka Čebašek - Travnik

Jezikovna svetovalnica za področje medicine

- 61** Zapis podrednih, prirednih in vezalnih zloženek – kardiovaskularni, kardiovaskularni, srčnožilni, srčnožilni?
Gašper Tonin

Strokovna srečanja

- 63** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 64** Strokovna srečanja
- 67** Mali oglasi

V spomin

- 68** Stanko Pušenjak
Borut Kobal, Tanja Premru Sršen
- 69** Stanislav Ovnič, dr. med. (1972–2024)
Ivo Bricman
- 70** Prim. Tone Kunstelj, dr. med.
Črt Marinček

Iz zgodovine medicine

- 71** Operacije patološke debelosti
Mihael Sok

Obletnica

- 72** 25 let zdravniškega športnega društva Medicus
Andrej Bručan, Gašper Horvat

S knjižne police

- 74** Madeline MacKinnon: Hrana za hormonsko ravnovesje
Nina Mazi

Zanimivo

- 75** Dnevni pavlinček in poštne znamke
Jurij Kurillo

Zdravniki v prostem času

- 76** Literarno popoldne:
»Dva zdravnika in dva bolnika«
Zdenka Čebašek - Travnik

- 77** Paberki
Matjaž Zupančič

- 77** Stažistka
Matjaž Zupančič

- 78** Namaste
Boris Kralj

Zavodnik

- 81** Na otroška leta imam lepe spomine ...
Črt Marinček

Kolofon

Leto XXXIV, št. 2, 1. februar 2025
Natisnjeno 9.500 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9
Isis online: ISSN 1581-1611

Izdajatelj in založnik

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikszbornica.si>

Predsednica

Prof. dr. Bojana Beović, dr. med., spec.

Odgovorni in glavni urednik

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
E: alozj.ihan@mf.uni-lj.si, T: 01 543 74 93

Uredniški odbor

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Asist. dr. Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.
Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med.
Dr. Barbara Podnar, dr. med.
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.
Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.
Prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Doc. dr. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

Uredništvo

Slavka Sterle
Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
T: 01 30 72 152, E: isis@zzs-mcs.si

Lektoriranje

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-mcs.si

Oblikovna zasnova

Agencija Iz principa, Miha Kržmanc

Priprava za tisk – DTP

Stanislav Oražem

Tisk

Tiskarna Povše

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Navodila avtorjem

Članke pošiljajte na e-naslov isis@zzs-mcs.si.
Napovedi dogodkov za rubriko Strokovna srečanja pošljite do 5. v mesecu. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Dolžina člankov: do 12.000 znakov brez presledkov in do 3 fotografije. **Poročila s strokovnih srečanj:** do 6.000 znakov brez presledkov in največ 1 fotografija. **Nekrologi:** do 3.000 znakov brez presledkov in 1 fotografija. **Fotoreportaže:** do 1.000 znakov brez presledkov in do 6 fotografij.

Avtorski honorarji

Honorar za avtorsko stran, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s člankom. V nasprotnem primeru honorarja ne bomo mogli izplačati.

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so zaposleni, zbornice ali uredništva Izide.

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 64,90 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno računajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 5,90 EUR. 5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

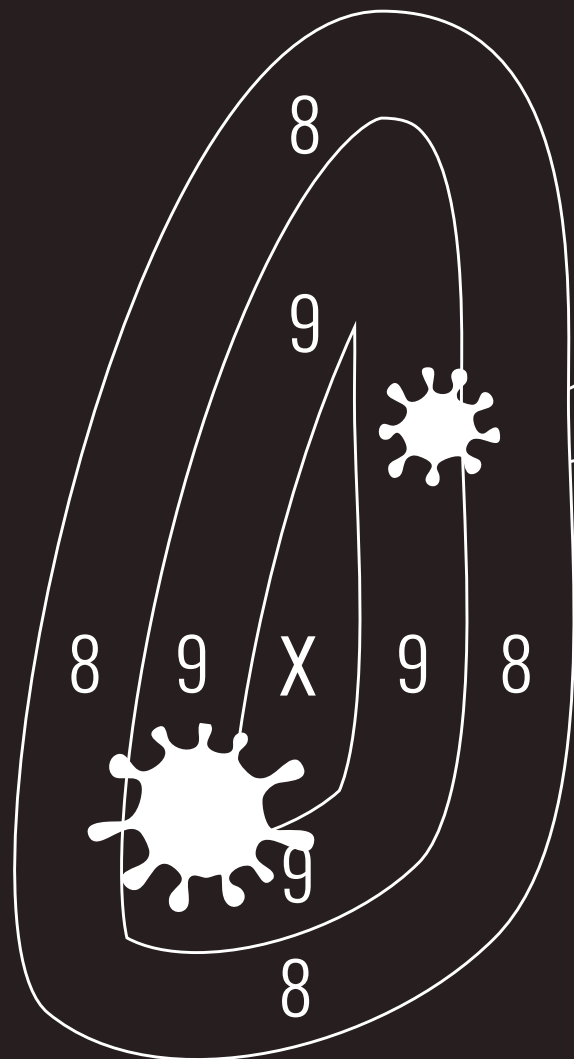


Doc. dr. Maja Sočan

Alojz Ihan

Konec lanskega leta ste z dvema slovenskima soavtoricama (Katarina Prosenč, Maja Mrzel) v reviji Viruses (IF 4,0) objavili članek, ki epidemiološko analizira virusne povzročitelje respiratornih okužb v obravnavi na primarni ravni. Na tem mestu sem imel lansko leto pogovor z doc. dr. Mišo Korva, ki uporablja podobno sočasno molekularno diagnostiko respiratornih virusov (multiplex rtRT-PCR) na sekundarni in terciarni ravni. Kaj epidemiološko pomeni ena in druga vrsta analiz?

Morda začnemo z osnovno ugotovitvijo, ki velja za viruse, ki povzročajo akutno okužbo dihal, da pri večini bolnikov okužba poteka asimptomatsko ali oligosimptomatsko, torej je blaga in mine sama po sebi. Posamezniki nimajo resnejših težav z zdravjem, pogosto kljub (blagi) bolezni delajo ali obiskujejo izobraževalne programe in ne čutijo potrebe po pregledu v zdravstveni ustanovi. O tej največji skupini okuženih/blago obolelih z epidemiološkega stališča nimamo podatkov. Ne vemo, kakšen je obseg zbolevanja. Celotnega bremena bolezni, ki ga prispevajo najlažji poteki respiratornih okužb, torej ne moremo oceniti. Z namenom, da bi dobili uvid v celoten spekter okužb – od lahkih do najtežjih – so se za nekatere respiratorne viruse izvedle presečne (in ponavljajoče presečne) seroprevalenčne študije, ki so npr. za okužbo s SARS-CoV-2 nudile uvid v razširjenost simptomatskega covid-19 in tudi asimptomatskih okužb. Posebno v prvih letih pandemije je bilo objavljenih zelo veliko seroloških študij. Na posebni spletni strani <https://serotracker.com/en/Explore> so se zbirali podatki o rezultatih teh seroprevalenčnih študij, s katerimi se je spremljalo prekuževanje populacije. Seveda pa se seroprevalenčne študije delajo samo občasno, so drage, redko so izvedene tako, da ni pristranskosti izbire, tj. na naključnem vzorcu, so organizacijsko zahtevne, problem je neodzivnost povabljenih v raziskavo, ki ustvarja dodatno, nepremostljivo pristranskost. Za sprotno spremljanje podatkov o razširjenosti in



intenzivnosti pojavljanja virusnih okužb je treba izoblikovati sisteme, ki omogočajo približno oceno dogajanja v populaciji. Pacienti, ki so dovolj resno bolni, da potrebujejo obravnavo/posvet pri zdravniku brez napotitve na bolnišnično zdravljenje, so odličen vir podatkov za oceno razširjenosti respiratornih virusov. Testiranje kužnin na primarni ravni je namenjeno predvsem epidemiološkemu sledenju, saj so rezultati posredovani lečečemu zdravniku z zamudo in se jih ne glede na pozitiven izvid in potrjen virus večinoma ne zdravi.

Uporaba multipleks PCR je na vzorcih pacientov z lažjim potekom respiratorne okužbe (torej bolnikov na primarni ravni) omogočila vpogled v pisano paleto virusov in prepoznavo pogostosti hkratnih okužb. Prisotnost več respiratornih virusov v eni kužnici oz. pri enem bolniku, posebno pri otrocih, ni ravno presenečenje in je razumljiva posledica poteka sezone akutnih okužb dihal – v hladnejšem obdobju leta hkrati intenzivno krožijo virusi influence, rinovirusi, RSV, tudi SARS-CoV-2, humani koronavirusi, hkrati tudi ne izginejo respiratorni virusi, ki imajo bolj ali manj celoletni »voznik red«, kot npr. adenovirusi. V publikaciji, ki jo omenjate, smo prikazali, da tako pri bolnikih, obravnavanih na primarni ravni, kot tudi pri hospitaliziranih bolnikih koinfekcije niso redkost in ne vodijo vselej v težek potek bolezni.

Kako dolgo že poteka v Sloveniji sistematično epidemiološko spremljanje respiratornih virusov s sočasno molekularno diagnostiko na primarni ravni? Katere viruse vključujete in kako poteka vzorčenje?

Sistematično spremljanje respiratornih virusov na primarni ravni ima že kar »častitljivo« zgodovino. Leta 1999 smo ugotovili, da obstoječi sistem spremljanja respiratornih okužb, predvsem gripe, ne zadosti zahtevam sodobnega časa. Preučili smo strokovne in znanstvene objave poleg priporočil Svetovne zdravstvene

organizacije (SZO) za spremljanje gripe. V tistem času še ni bilo Evropskega centra za nadzor bolezni (ECDC – European Centre for Disease Control and Prevention), zato smo se poglobili predvsem v metodologijo spremljanja gripe Centra za nadzor bolezni (Centres for Disease Control and Prevention) v Atlanti, ZDA, kot tudi današnjega UK HSA (Health Security Agency). Prav srečnemu naključju se gre zahvaliti, da je v tistem času nizozemski Inštitut za raziskave zdravstvenih storitev (Netherlands Institute for Health Services Research) NIVEL, ki je vodil leta 1996 ustanovljeno EISS (European Influenza Surveillance Scheme), povabil takratni Inštitut za varovanje zdravja – IVZ (sedanji Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ), da se pridruži skupnemu cilju – izboljšane spremljanju gripe v Evropi. Neposredna povezava z najodličnejšimi javnozdravstvenimi institucijami in evropskimi strokovnjaki za virus influence nam je omogočila, da smo zasnovali slovensko mrežo (sentinel) za spremljanje gripe na ravni, primerljivi z ostalo Evropo oz. Severno Ameriko. Osnovni princip sentinelnega sistema je, da se tedensko zberejo podatki o številu pregledanih v ambulantah osnovnega zdravstva zaradi gripi podobne bolezni in da se izmed zbolelih s primerno klinično sliko zbere določeno število vzorcev zgornjih dihal za virološko preskušanje. V to mrežo je bilo na začetku vključenih približno 40 ambulant, zdaj jih je že preko 60. Eden osnovnih ključev do uspeha mreže je dobro sodelovanje in trdna povezanost epidemiologa in virologa, ki skupaj vsak teden preučita epidemiološke in virološke podatke, jih primerjata z evropskimi in globalnimi ter naredita oceno, ki se jo posreduje javnostim.

Preden odgovorim na vaše vprašanje o testiranih respiratornih virusih, pa je treba še povedati, da je steber takšnega sistema pripravljenost kolegic in kolegov iz zdravstvenih domov in koncesionarjev, da že leta brezplačno posredujejo podatke in

pošiljajo vzorce bolnikov. Brez njihove predanosti sistem ne bi obstajal in tega se na NIJZ in NLZOH zelo dobro zavedamo.

Zdaj pa še o naboru virusov, ki se dokazujejo v kužninah zgornjih dihal. Virusni laboratorij, ki je takrat še sodil pod IVZ, je sprva diagnosticiral samo viruse influence, kar je bilo razumljivo, saj smo zasnovali mrežo za spremljanje gripe. Po nekaj letih, v sezoni 2006/2007 z uvedbo humaniziranega monoklonskega protitelesa proti RSV palivizumaba, namenjenega posebej dojenčkom in malčkom s tveganjem za težji potek bolezni, je bilo treba dodati še diagnostiko RSV, da lahko ocenimo začetek/konec sezone in predvsem teden, ko je pred sezono treba aplicirati prvega od šestih odmerkov.

V naslednjih letih, posebej po pandemiji 2009, je Virološki laboratorij pod vodstvom mag. Katarine Prosenec postopno razširjal nabor virusov. Nekatere smo dodali z namenom, da podpremo javnozdravstvene programe (npr. enteroviruse za Program eradikacije poliovirusa), druge zato, ker so bili relativno novi humani patogeni in zanimivi za preučevanje, npr. bokavirusi in parechovirusi, tretji so bili že dolgo poznani kot povzročitelji respiratornih okužb in sprotna diagnostika je pripomogla k pojasnjevanju epidemioloških krivulj. Pandemija covid-19, ki je temeljito pretresla vse družbene sisteme, je prispevala tudi k temu, da se je dokončno spremljanje gripi podobne bolezni odmaknilo od osnovnega koncepta in preobrazilo v integrirano spremljanje akutnih okužb dihal. Koncept integriranega spremljanja respiratornih okužb je SZO ubesedila v več dokumentih, začeniši z »*End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance*«, ko je svetovala, da se sentinelnim sistemom doda še spremljanje covid-19 oz. SARS-CoV-2. Lahko smo ponosni, da smo že več kot tri leta nazaj uvedli testiranje vsakega vzorca na virus influence A in B, RSV, SARS-CoV-2, štiri viruse parainfluen-

ce (1–4), humane koronavirus (hCoV_229E, OC43, NL63, HKU1), enteroviruse, humane metapneumoviruse (hMPV), rinoviruse, parechoviruse (hPeV), adenoviruse in bokaviruse (hBoV).

Ker je predvsem v zadnjem letu *Mycoplasma pneumoniae*, zanimiva in svojevrstna bakterija, povzročila pri nas (kot seveda tudi v Evropi) obsežno epidemijo, preučujemo možnost, da bi plejadi zgoraj naštetih virusov dodali še to bakterijo, morda skupaj z *Bordetella pertusis*, in s tem dodatno izboljšali uvid v dogajanje ob naraščanju števila zbolelih z akutno okužbo dihal.

V članku ste se osredotočili na »prehladno« sezono 2022/23. Zakaj vam je bila posebej zanimiva in v čem se je razlikovala od prejšnjih sezon?

Pravzaprav smo želeli narediti raziskavo o sočasnih okužbah že dve sezoni prej. V prvem letu pandemije covid-19 so bile objavljene publikacije, ki so opisovale poteke posameznih primerov dvojnih okužb – kombinacijo gripe in covid-19, in članki, ki so izražali precejšnjo mero zaskrbljenosti, kaj bo, če bosta sovpadla vrhunec sezone gripe in širjenje covid-19 z visoko stopnjo intenzivnosti. Zato smo zasnovali ciljni raziskovalni projekt z namenom, da bi spremljali in preučevali koinfekcije, in ga naslovili »Epidemiologija sočasnih virusnih okužb v pandemiji covid-19«. Projekt se je začel jeseni 2020, zaključil čez dve leti in je bil pravzaprav fiasko. Cilja nismo dosegli, sočasnih okužb praktično ni bilo, predvsem ne toliko, da bi lahko kaj smiselnega zaključili. Nefarmaceutski ukrepi ali, kot jih drugi imenujejo, javnozdravstveni ukrepi so izjemno učinkovito zavrli kroženje respiratornih virusov – v sezoni 2020/2021 je bilo virusov influence na globalni ravni zaznani za prgišče. V evropski regiji SZO je bilo v prvi polovici sezone 99,8 % zmanjšanje potrjenih grip v primerjavi s predhodnimi sezonami ali, povedano enostavneje, gripe preprosto ni bilo.

Enako se je zgodilo z drugim javnozdravstveno pomembnim respiratornim virusom, ki ključno prispeva k bremenu respiratornih okužb predvsem pri otrocih in krhkih starejših – tudi RSV je praktično prenehal krožiti. Pomembno je poudariti, da odsotnost gripe in okužb z RSV ni bila posledica občutnega upada testiranja, pravzaprav se je testiralo še več in ničesar našlo. Trditev bom podkrepila še s številkami – v vseh slovenskih mikrobioloških laboratorijih se je v sezoni 2020/2021 testiralo nekaj manj kot 20.000 bolnikov na RSV, okužbo z RSV pa potrdilo pri nekaj nad 500 zbolelih, večinoma v avgustu in septembru 2021. Sezona RSV je bila torej zunajserijska in je porušila dolgoletno epidemiološko dogmo, da je za intenziviranje kroženja RSV pomemben upad temperature, spremembe v vlažnosti ozračja in zmanjšana osončenost, saj se je kroženje v sezoni 2020/2021 začelo sredi poletja. Več kot očitno je, da so okoljski parametri najbrž do neke mere pomembni, enako pomembna pa je imunost populacije – ta je med »lockdownom« zagotovo upadla bolj kot običajno pri tistih, ki so se že srečali z RSV, hkrati pa so naraščale povsem neimune kohorte dojenčkov in malčkov, rojenih v času pandemije. Ponovno druženje je dalo zagon RSV in ostalim respiratornim virusom, še vedno pa ne v polni meri, saj so tudi v jeseni 2021 veljali določeni omejitveni protiepidemijski ukrepi. Skratka, preučevanje koinfekcij ni bilo možno, izplen respiratornih virusov je bil preskromen za oceno, koliko je bilo sočasnih okužb s SARS-CoV-2.

Ni bilo treba čakati dolgo, da smo izvedli tisto, kar smo načrtovali v zgodnji fazi pandemije. V sezoni 2022/2023 je odpiranje družbe in vse manjše upoštevanje priporočenih ukrepov (pandemska utrujenost) dalo zagon širjenju respiratornih virusov. Ne v tako velikem obsegu, kot se je malo kasneje zgodilo na Kitajskem, kjer je izjemno strogo in dolgotrajno izvajanje nefarmaceutskih ukrepov, ki mu je sledilo pozno odprtje družbe,

privedlo do pravega buma kroženja respiratornih virusov in celo do zaskrbljenosti, da ne gre za nov zagon pandemije. Kitajska izkušnja lahko služi kot poduk za obvladovanje prihodnjih pandemij. Zmanjšanje socialnih stikov bo tudi v bodoči pandemiji neizogibno potrebno. Odlaganje (s povečevanjem socialne distance) sprotnega prekuževanja in pozitivitve že obstoječe delne imunosti ima svojo ceno, ki jo plačamo, ko se socialni stiki normalizirajo.

V Sloveniji je bila sezona 2022/2023 zelo blizu predpandemskim sezonam, zato smo se odločili, da se poglobimo v preučevanje pogostosti sočasnih okužb, predvsem za SARS-CoV-2 z drugimi respiratornimi virusi.

Sočasna molekularna diagnostika veliko respiratornih virusov je omogočila vpogled v fenomen »koinfekcij« – detekcij več virusov v enem vzorcu. Kaj, zlasti na primarni ravni, opažena koinfekcija dejansko pomeni? Gre navadno le za laboratorijski fenomen detekcije »ostankov« minulih okužb ali so koinfekcije tudi klinično pomemben pojav?

Obsežen sistematični pregled in metaanaliza Krumbeinove s sod. (*Respiratory viral co-infections in patients with COVID-19 and associated outcomes: A systematic review and meta-analysis, Reviews in Medical Virology, 2023*), namenjena preučevanju pogostosti, poteka in izida okužbe s SARS-CoV-2 s sočasno okužbo, je ugotovila, da so bili sočasno okuženi v večji meri v dihalni stiski in izid bolezni je bil slabši. Največ sočasnih okužb je bilo pri otrocih, največkrat potrjena pa sta bila virus influence in enterovirus. Drug, še bolj obsežen sistematični pregled Yan s sod., ki je temeljil na 95 publikacijah (*Prevalence and associated outcomes of coinfection between SARS-CoV-2 and influenza: a systematic review and meta-analysis,*



International Journal of Infectious Diseases, 2023) in se je osredotočil na izide sočasno okuženih s SARS-CoV-2 in virusom influence, je potrdil, da je v primerjavi z monoinfekcijo izid manj ugoden – razmerje obetov je značilno višje pri sočasno okuženih za sprejem v intenzivno enoto, mehanično predihavanje in smrtni izid bolezni. Oba sistematična pregleda ne potrjujeta trditve, da gre za »laboratorijski fenomen«, morda celo napako pri izvajanju testov ali pa možnost, da je eden od virusov povzročil predhodno respiratorno okužbo in je po izboljšanju kliničnega stanja njegov genom zelo dolgo vztrajal v nosu, žrelu ali nosno-žrelnem prostoru, dokler se ni oseba ponovno okužila z drugim respiratornim virusom. Tudi to bi bilo možno, saj imajo zlasti majhni otroci od 6 do 10 klinično izraženih akutnih okužb dihal letno. Lahko bi zaključili, da ne gre za sočasne okužbe, pač pa za konsektivne okužbe s perzistenco genoma virusa. V nekaterih posameznih raziskavah, posebno če je bilo število

vklučenih bolnikov relativno majhno, težjega poteka s slabšim izidom respiratorne okužbe pri sočasno okuženih niso potrdili, kar bi lahko bilo posledica premajhne moči raziskave.

Naša raziskava ni bila namenjena preučevanju poteka in izida sočasnih okužb pri pretežno hospitaliziranih bolnikih kot prej navedene. Vključeni so bili bolniki, obravnavani na primarni ravni. Poleg SARS-CoV-2 in virusa influence A in B smo potrjevali še 9 respiratornih virusov, skupno torej 12. Če štejemo še posamezne viruse parainfluence in humane koronavirus, pa še več. Prisotnost genomov več virusov istočasno smo potrdili pri 16,2 % bolnikov.

Našli smo večjo pogostost nekaterih kombinacij virusov, ki pa je vsaj delno posledica istočasnega kroženja, morda pa tudi določene preference med virusi in tudi že zgoraj omenjene perzistence virusnega genoma v zgornjih dihalih. Zanimivo je, da sta bila v naši raziskavi dva relativno redko dokazana respiratorna virusa, humani parechovirus (hPeV) in humani bokavirus (hBoV), v kombinaciji z drugim respiratornim virusom pri več kot 80 % bolnikov. Visok delež sočasnih okužb se je že izkazal kot značilnost bokavirusov in je verjetno posledica dolgotrajnega izločanja hBoV v nosno-žrelnem prostoru, saj lahko traja več tednov ali celo mesecev. V nekaterih raziskavah je bilo celo izraženo mnenje, da so hBoV naključni sopotniki in ne povzročitelji bolezni. Enako velja za hPeV – poleg nizke razširjenosti hPeV v respiratornih vzorcih dihal (kar se povsem sklada z našimi ugotovitvami) je bil delež sočasno okuženih zelo visok, zaradi česar ni enostavno opredeliti dejanske vloge hPeV kot povzročitelja respiratornih okužb.

Kako sočasna molekularna diagnostika spreminja pogled na trajanje in ponavljanje posameznih respiratornih virusnih okužb?

S tovrstno diagnostiko, kar se tiče epidemiologije respiratornih virusnih okužb, smo izredno veliko pridobili. Iz »amorfne gmote«, ki jo imenujejo »prehlad« ali »gripozno obolenje« ali »bronhitis«, se izluščijo posamezni virusi. Epidemiologi (seveda tudi virologi in infektologi) imamo možnost, da boljše preučimo njihovo pogostost, pojavnost glede na čas leta, starostno in spolno porazdelitev, morebitno povezanost s komorbidnostmi, interferenco med njimi, kot tudi učinek monoinfekcij in koinfekcij na potek bolezni. Kljub že skoraj nepregledni poplavi znanstvenih publikacij ostajajo številna vprašanja odprta – naj omenim samo nekatera: podrobneje bo treba preučiti, ali okužba z določenim respiratornim virusom zavre okužbo z drugim ali jo morda celo pospeši. Preučiti bo treba, ali prisotnost genoma v zgornjih dihalih res vselej pomeni okužbo ali zgolj »kontaminacijo«, kot so se izrazili pred nedavnim ob najdbi virusa influence A (H5N1) v kužninah zgornjih dihal pri dveh zaposlenih na perutninski farmi v Španiji, ki sta sodelovala pri uničenju živali (»stamping out«) zaradi izbruha aviarnе influence.

Kako je pandemija covid-19 spremenila normalen »sezonski vozni red« pojavljanja respiratornih virusov? Podatki s sekundarne in terciarne ravni kažejo, da se še nismo povrnili na predpandemske ritme pojavljanja respiratornih virusov. Na primarni ravni je verjetno podobno?

Z vsako sezono se bolj in bolj vračamo v ustaljene oz. predpandemske tirnice. Poudariti pa je treba, da tudi pred pandemijo sezone niso bile enake kot jajce jajcu – ne po obsegu, še manj pa po začetku in izteku. Načeloma je veljalo, da se s povratkom v šolo (in hkratnim upadom temperature okolja, krajšanjem dneva, manjšo osončenostjo, večjo količino padavin) poveča incidenca rinovirusov, nato ob stopnjevanem novembrsko-decembrskem hladu

poraste RSV, za njim pa gripa. A ni vedno tako. V sezoni 2024/2025 je gripa prehitela RSV. Respiratorni sincicijski virus je v decembru 2024 in začetku januarja 2025 komaj kaj prispeval k bremenu respiratornih okužb, medtem ko je bila gripa že v polnem razmahu. Še večjo diverznost že vrsto let opazujemo glede izteka sezone – ko že vse kaže, da se sezona umirja, sledi ponoven porast in razvlečeno kroženje gripe (največkrat influence B, ni pa nujno) ali RSV vztraja iz aprila skoraj v maj. Tudi to se je že zgodilo, in ne samo enkrat. Prav zaradi dolgega kroženja RSV v pomlad smo povečali število mesečnih odmerkov palivizumava s pet na šest, da dojenčki s tveganjem ne bi ostali brez zaščite.

Še bolj fascinantno je vprašanje sezonskosti SARS-CoV-2. Ta virus iz epidemiološkega stališča ne neha presenečati. Če smo sprva pričakovali, da bo pandemija imela tri, morda štiri valove krajšega trajanja, se je časovno razvlekla s pojavljanjem novih različic in reinfekcij. Čeprav marsikdo že uvršča SARS-CoV-2 med zimske respiratorne viruse, skupaj z virusom influence in RSV, je ta pogled vsaj zaenkrat neustrezen. Če pogledamo našo epidemiološko krivuljo covid-19, vidimo, da je bil prvi vrh v letu 2023 konec marca, drug tik pred božičnimi prazniki. V letu 2024 pa je bilo v celoti bistveno manj pozitivnih (kar je posledica skromnega obsega testiranja zunaj bolnišnic), še največ preko poletnih mesecev in v septembru. Ta poletni vrh je bil še bolj izrazit v sentinelu, ker na primarni ravni spremljamo podatke ne samo o potrjenih bolnikih s covidom-19 (to je tistih, ki so bili testirani v zdravstveni ustanovi s PCR ali HAT in pozitivni), ampak tudi verjetne okužbe s covidom-19 (bolnike, ki so se s HAT testirali sami doma in bili pozitivni, in tiste, ki so imeli ob respiratorni simptomatiki epidemiološko povezavo na potrjen primer). Očitno na pojavnost covid-19 še vedno precej bolj vpliva pojav novih različic kot pa okolijski dejavniki. Morda SARS-

-CoV-2 nikoli ne bo sezonski, torej zimski respiratorni virus, pa saj ne bo edini.

Skoraj istočasno kot članek v »Viruses« je izšel tudi odmeven članek v *The Lancet Respiratory Medicine* (*Lancet Respir Med* 2024; 12: 714–27 – *Estimated number of lives directly saved by COVID-19 vaccination programmes in the WHO European Region from December, 2020, to March, 2023: a retrospective surveillance study*). Članek je analiziral učinke cepljenja proti covidu-19 v Evropi med pandemijo in zanj ste prispevali slovenske podatke. Kaj so glavna sporočila tega »evropskega pogleda«?

Glavno sporočilo pregleda podatkov o zbolewnosti, umrljivosti in precepljenosti v evropski regiji SZO je zelo preprosto in pričakovano – cepljenje je ohranilo življenja oz. preprečilo smrti, posebno pri starejših od 60 let. Številčno je bilo največ zbolelih s covidom-19 pri odraslih med 25. in 49. letom, najmanj po 80. letu, vendar je bila stopnja umrljivosti pričakovano najvišja v slednji starostni skupini. Visoka stopnja umrljivosti najstarejših ni presenečenje.

Večji kot je bil delež precepljenih v državi (z več odmerki, ne samo enim), več smrti zaradi covid-19 je bilo preprečenih. Najbolj povedna je tabela s podatki o deležu precepljenih (po številu odmerkov), o številu smrti in številu pričakovanih ter preprečenih smrti v posamezni državi. Slovenski podatki, ki smo jih prispevali kot država evropske regije SZO, nam niso ravno v ponos. Po deležu precepljenih smo se znašli v spodnji četrtini držav, saj smo dosegli 63 % precepljenost proti covidu-19 in temu primerno je bilo premalo smrti preprečenih. Če se primerjamo z najuspešnejšo državo, Združenim kraljestvom, kjer je bila precepljenost starejših od 25 let 95 %, so uspeli preprečiti 82 % smrti zaradi covid-19.

Nedavno sem naletel na zanimivo analizo IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) z washingtonske medicinske fakultete, ki je izračunala breme covid-19 po vseh državah sveta. Med posameznimi državami so bile z najmanj človeških izgub Norveška, Kitajska, Japonska in Nova Zelandija, sledijo bogate države Zahodne Evrope, Avstralija in Kanada. Slovenija je v tretji kategoriji skupaj z nekaterimi vzhodnoevropskimi državami in ZDA, nato pa sledijo območja z najhujšimi posledicami pandemije – pod-Saharska Afrika, Rusija, velik del Južne Amerike in balkanske države – Makedonija, Bolgarija, Črna gora, Bosna. Kako razmišljati o pretekli pandemiji v Sloveniji in kakšne možnosti smo imeli, pa jih morda nismo izkoristili, da bi bila Slovenija manj prizadeta?

Spomladi 2020 se je učinkovito cepivo proti covidu-19 zdelo oddaljeno, nedosegljivo, objavljene pa so bile že raziskave o pripravljenosti (»williness to vaccinate«) za cepljenje proti covidu-19 s takrat še hipotetičnim cepivom. Sociodemografske determinante naravnosti k cepljenju so bile višja starost, moški spol in višja stopnja izobrazbe. Bolj pripravljeni so se bili cepiti tisti, ki so se čutili zdravstveno ranljivejše, predvsem osebe s komorbidnostmi, in, pričakovano, tisti, ki se bolj ali manj redno cepijo proti gripi. Prav slednje mi je vzbudilo veliko zaskrbljenost, da s promocijo cepljenja proti covidu-19, kadarkoli cepivo že bo na voljo, ne bomo enako uspešni kot zahodnoevropske države. Precepljenost proti gripi je v Sloveniji nezadostna in ne narašča. V skupnostih, kjer je večje zaupanje v institucije, dosegajo večjo precepljenost, cepljenje zbujajo manj negativnih občutij in manjši delež prebivalstva cepljenju pripisuje škodljivost za zdravje.

Torej naše izhodišče, vsaj kar se tiče precepljenosti, ni kazalo na zgodbo o uspehu in tako je tudi bilo. Postavlja se vprašanje, konkretno glede cepljenja, ali bi lahko naredili kaj drugače, bolje, bili bolj prepričljivi? Komunikacije oz. zagovorništva cepljenja ne moremo izvzeti iz celotne komunikacije med pandemijo. Ta je bila izjemno zahtevna in se je odvijala v nepredvidljivih okoliščinah, pogosto pa brez potrebe paternalistična in odmaknjena od realnosti in problemov, s katerimi so se ljudje srečevali v vsakdanjem življenju. Vsak govorec mora v tako izjemni situaciji izrečene besede vnaprej dobro pretehtati in če je strokovnjak, paziti, da je vse, kar pove, jasno, enostavno in brez izjem strokovno. Spodrsrljajev oz. trditev, ki niso strokovno utemeljene, javnost ne oprostijo, izgubi se zaupanje, napake neskončno dolgo odmevajo in negativno učinkujejo na bodoče komunikacije. To smo v pretekli pandemiji na žalost izkusili.

Že kmalu po uvedbi cepljenja proti covidu-19 so raziskave potrdile dobro, a relativno kratkotrajno zaščitno učinkovitost cepiva pred neugodnim potekom in izidom bolezni. Pričakovanja, da bo cepivo preprečilo okužbo in bolezen lažjega poteka, se niso uresničila. Komunicirati dobrobit cepljenja, po katerem vseeno lahko zbolimo, resnost bolezni pa je zmanjšana, je trd oreh, ki ga ni enostavno streti. Pričakovanja ljudi do zdravstva (tudi zdravil) so že sicer neredko pretirana, pri nekaterih že skoraj infantilna. Na eni strani naj bi zdravstvo v najširšem smislu (medicina, zdravstvena nega, farmacija ipd.) ponudilo idealno zdravstveno obravnavo, vključno s cepivi brez enega neželenega učinka, hkrati pa se posameznik ni pripravljen odreči čemurkoli oz. upoštevati priporočil in navodil, ki izhajajo iz znanstvenih dognanj in so utemeljena.

Bolj kot pametovanje za nazaj, kaj so bile neizkoriščene priložnosti v pretekli pandemiji, bi se ozrla v sedanost in še bolj v pripravljenost na prihodnje pandemije. Preteklost je

takšna, kakršna je, ne bomo je spremenili. Časi so bili čustveno razburkani, negotovi, posamezniki, vključno s stroko, zaskrbljeni in zdravstvena stroka (velja tudi za NIJZ) preprosto preobremenjena z delom in pod pritiskom nerealističnih pričakovanj.

Prvo in osnovno je, da se zdaj, ko še ni pandemije, vprašamo, kje so priložnosti za izboljšanje znanja na področju preprečevanja okužb nasploh, vključno s cepljenji. Ali ne bi bilo koristno, da pregledamo kurikule dodiplomskih študijev medicine, dentalne medicine, zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih poklicev ter ugotovimo, ali je dovolj učnih vsebin, da bodo bodoči zdravstveni delavci pridobili znanja o cepivih, cepljenju in veščine komunikacije z osebami, ki cepljenju niso naklonjene? Treba bo zmanjšati gradient naklonjenosti cepljenju, ki je prisoten pri zdravstvenih poklicih glede na stopnjo izobrazbe – raziskave kažejo, da višja kot je izobrazba, bolj naklonjeni so zdravstveni delavci cepljenju. Prav medicinske sestre so v pogosti in neposredni komunikaciji z bolniki, pa so v manjši meri naklonjene cepljenju kot zdravniki. Zdravstveni delavec, ki cepljenju ni naklonjen, bo slab in neprepričljiv zagovornik cepljenja v ambulanti oz. bolnišnici.

Povečati je treba dostopnost do cepiv in cepljenja – izkoristiti je treba vse priložnosti, da se npr. ponudi cepljenje proti gripi tam, kamor ljudje pogosto zahajajo. Zato je cepljenje v lekarnah zelo dobra ideja in upam, da se bo v bližnji prihodnosti uspešno izvajalo.

Vprašati se moramo, kakšna je zdravstvena pismenost (»health literacy«) prebivalcev Slovenije. Na splošno velja, da je z izboljšanjem zdravstvene pismenosti lažja komunikacija med zdravstvenimi delavci in bolniki, navodila in priporočila so boljše razumljena, sprejeta in izvedena. Najbrž bo prav na dvigu zdravstvene pismenosti treba še kar veliko postoriti.

Ne nazadnje si je treba prizadevati za boljšo povezanost in medsebojno

spoštovanje v zdravstveni stroki. Za optimalen odziv na tako težke in nepredvidljive situacije, kot je pandemija, je treba povezati različne specialiste medicinskih strok, zdravstvene nege, strokovnjake z znanji s področja farmacije, komunikologije, psihologije in še koga, ki ga nisem našela. Povezanost strokovnjakov že pred pojavom pandemije in razumevanje, kaj lahko pričakujemo od določene skupine strokovnjakov, mora obstajati že pred krizno situacijo. Vse naštetu pa ne bo dovolj, če odločevalci zavzamejo stališče, da so pri odločitvah samozadostni, in stroke ne upoštevajo.

**Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., Inštitut
za mikrobiologijo in imunologijo,
alozj.ihan@mf.uni-lj.si**

Zdravniške zgodbe

Zakaj na Nizozemskem ni ljudi brez osebnega zdravnika

Urška Šestan

Ko govorimo o odličnosti v zdravstvu, se Nizozemska pogosto znajde med najboljšimi zdravstvenimi sistemi na svetu. Tamkajšnje zdravstvo se ponaša z učinkovitim upravljanjem, dostopnostjo in osredotočenostjo na pacienta. Dr. Zoran Erjavec, priznani slovenski zdravnik, ki živi in dela na Nizozemskem, ima dolgoterne izkušnje iz univerzitetne bolnišnice Groningen in splošne bolnišnice Emmen Treant, kjer je deloval kot internist hematolog v svobodnem poklicu. Njegova kariera, dolga več kot štiri desetletja, vključuje številne vodstvene vloge, med drugim je bil predsednik komisij za smernice in kakovost dela v nizozemskem združenju internistov (NIV), aktiven član Združenja zdravstvenih specialistov (FMS) in vodja nacionalnega programa za modularno posodabljanje smernic.

Dr. Erjavec, kaj vas je pred 50 leti spodbudilo, da ste se odločili za študij na Nizozemskem?

Takrat je bila na voljo možnost študiranja v tujini in pomislil sem, zakaj pa ne bi izkoristil te priložnosti. Prva leta so bila seveda nekoliko zahtevna – jezik je bil težek, kultura drugačna, način življenja pa povsem nov. A ko se enkrat znajdeš v novem okolju, se stvari začnejo nekako same od sebe postavljati na svoje mesto. Tako je bilo tudi pri meni. Na Nizozemskem sem opravil tudi specializacijo in kasneje subspecializacijo. Vsa moja profesionalna kariera se je pravzaprav odvila tam.

Ko ste bili še študent, ste zboleli za redko ledvično boleznijo, ki je zahtevala dolgotrajno dializo in ne nazadnje presaditev ledvice. Kako je vaša osebna izkušnja pacienta vplivala na vaše delo zdravnika?

Ta izkušnja mi je dala globlji vpogled v to, kako se počutijo pacienti – kakšni so njihovi strahovi, negotovosti in potreba po empatiji. Naučila me je, kako pomembno je, da zdravnik ne obravnava le bolezní, temveč tudi človeka. Danes k vsakemu pacientu pristopim z mislijo, kako bi si želel, da bi nekdo pristopil k meni.

Resnično me zanima vaš pogled na slovenski zdravstveni sistem, vendar bi vseeno raje začela na severu. V Sloveniji je trenutno več kot 140.000 ljudi brez izbranega osebnega zdravnika, na Nizozemskem pa morajo zdravstvene zavarovalnice zagotoviti zdravnika prav vsakemu prebivalcu.

To drži, čeprav se trenutno tudi mi soočamo z nekaj težavami. Prva je pomanjkanje osebnih (hišnih) zdravnikov. Ne gre toliko za to, da bi primanjkovalo zdravnikov na splošno, temveč za upad interesa med mladimi zdravniki za ta poklic. Razlog za to je predvsem ogromno administrativno breme, ki spremlja delo hišnega zdravnika. Ta nenehna potreba po dokumentiranju in kontroliranju vseh procesov marsikoga odvrne od izbire te specializacije. Veliko mladih zdravnikov raje dela kot nadomestni zdravniki, kjer teh administrativnih obveznosti nimajo, kot pa da bi odprli lastno prakso in delovali v določeni vasi ali mestu kot hišni zdravniki.

Drugi problem je povezan z vlaganji v primarno zdravstvo. Na Nizozemskem so se dogajale prakse, ko so podjetja kupovala hišne prakse z namenom ustvarjanja hitrega dobička prek glavarine. Vendar pa so ob tem pogosto zanema-



Poglejte
si celoten
pogovor.



riili vidik zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe. To je vodilo do resnega škandala, saj je približno 50.000 ljudi ostalo brez osebnega zdravnika za obdobje od treh do šestih mesecev. Takrat so morale zavarovalnice poseči v svoje žepe in financirati dodatni kader, da so zagotovile pokritost primarnega zdravstva. Na Nizozemskem je namreč primarno zdravstvo izjemno pomembno in je v središču zdravstvenega sistema. Hišni zdravniki so dejansko »vratarji« celotnega sistema. Pri njih se začne večina zdravstvenih obravnav, saj opravijo približno 60 %, včasih celo 80 % vseh zdravstvenih storitev. Poleg tega imajo hišni zdravniki organizirano svojo urgenco in dežurno službo. Obravnavajo večino zdravstvenih težav – od osnovnih pregledov do manjših kirurških posegov – in le v nujnih primerih pacienta napotijo na višjo raven zdravstvene oskrbe. To močno razbremeni bolnišnice in skrajša čakalne dobe.

Kako se Nizozemska spopada s čakalnimi dobami, ki so pri nas zelo velika težava?

Na Nizozemskem ni dolgih čakalnih dob. Hišni zdravnik lahko s klicem zagotovi, da pacient dobi termin pri specialistu še isti dan ali v roku enega tedna. Seveda obstajajo standardne čakalne dobe – na primer za operacije, kot je menjava kolka, se čaka od dveh do treh mesecev – a to je še vedno veliko hitreje kot v nekaterih drugih sistemih. Ključ je v dobrem upravljanju in jasnih prioritetah. Sicer pa naš sistem ni poceni. Če pogledamo celotne izdatke za zdravstvo, znašajo približno 12 do 13 % bruto domačega proizvoda, kar nikakor ni malo. V Sloveniji je ta delež manjši, vendar je treba poudariti, da so številni segmenti nizozemskega zdravstvenega sistema zelo dobro urejeni. Takšna kakovost in dostopnost pa seveda nekaj staneta.

Smernice za delo, ki so tudi javno objavljene in jih je že več kot 650, določate na podlagi empiričnih dokazov v medicini in zagotavljajo enotnost in kakovost obravnave.

Na Nizozemskem jih posodabljamodularno. Namesto da bi vsakič prenovili celoten sklop smernic, posodobimo le tiste dele, kjer so potrebne spremembe. Pri tem sodelujejo zdravniki, pacienti in drugi deležniki, kar zagotavlja, da so smernice prilagojene realnim potrebam in medicinskim dognanjem. Na primer, smernice za rak dojke vključujejo module, kot so patološke raziskave ali molekularne novosti, ki jih letno pregledujejo delovne skupine.

Kakšna je vloga ministrstva za zdravje, zavarovalnic in farmacije?

Farmacija tu nima nobene vloge, zavarovalnice lahko sicer komentirajo smernice, vendar nimajo odločilne besede. Ministrstvo sodeluje pri organizacijskih in finančnih vprašanjih. Na primer, če smernice predvidevajo dodatne teste za rak dojke, se z ministrstvom in zavarovalnicami uskladimo že med pripravo, da zagotovimo izvedljivost in podporo spremembam.

Približno 80 % hišnih zdravnikov na Nizozemskem deluje v svobodnem poklicu, več kot polovica pa tudi na sekundarni ravni. Kaj to pravzaprav pomeni?

Pri nas ni pomembno, kako je zdravnik plačan, temveč kako opravlja svoje delo. Veliko hišnih zdravnikov je samostojnih, z lastno prakso. Pacientov ne zanima, kako in koliko so njihovi zdravniki plačani, zanje je pomembno, da dobijo kakovostno oskrbo. Cene (tarife) so standardizirane, določene v dogovoru med ministrstvom, zavarovalnicami in združenji zdravnikov.

Na sekundarni ravni je organizacija podobna – zdravniki imajo pogodbe z bolnišnicami, kjer vnaprej določijo obseg in vrsto dela ter financiranje. Ta sistem vključuje tudi spodbude: več storitev pomeni večji zaslužek, vendar je obseg dela omejen s potrebami prebivalstva.

V Sloveniji trenutno poteka razprava o ločitvi javnega in zasebnega zdravstva. Kako je to urejeno pri vas?

Na Nizozemskem te delitve nimamo. Zdravnikov ne ločujemo na javne ali zasebne, saj je za pacienta ključno,

da prejme kakovostno oskrbo, ne glede na status zdravnika. Sistem je enoten in omogoča, da se zdravniki osredotočijo na delo, ne na administrativno-organizacijske razlike.

Kaj menite o prepovedi, da zdravniki v javnem zdravstvu ne bi smeli več opravljati samoplačniških storitev?

Vsaka prepoved ima svoje posledice. Pogosto se zgodi, da se ljudje znajdejo drugače, kar lahko povzroči še večje težave. Prav tako lahko takšna omejitev povzroči občutek nezadovoljstva pri zdravnikih in vodi do t. i. bega možganov. Ministrstvo si želi dostopno in učinkovito zdravstvo, zdravniki pa želijo delati dobro. Še nikoli nisem srečal zdravnika, ki ga ne bi zanimalo kakovostno opravljanje svojega dela. Ključno je najti ravnotežje in rešitev, ki bo delovala za vse.

Katere prakse iz nizozemskega zdravstvenega sistema bi po vašem mnenju lahko prenesli v Slovenijo?

Na Nizozemskem je primarna raven izjemno dobro organizirana, v zdravstvenem sistemu ima pacient pomembno vlogo in ne nazadnje imamo 40 let dolgo tradicijo oblikovanja smernic. Znanje in dobre prakse, ki so univerzalni, se lahko prenesejo in prilagodijo specifičnim potrebam določene regije, države ali pokrajine. Obstaja veliko znanja in rešitev, ki so že preizkušene in dokazano učinkovite. Namesto da bi ustvarjali vse od začetka, je smiselno preučiti obstoječe prakse, sprejeti tiste, ki ustrezajo našemu okolju, in zavrniti tiste, ki ne. **Kaj pa vidite kot največjo prednost slovenskega zdravstva?**

Slovensko zdravstvo ima človeški odnos, ki je neprecenljiv. Med zdravniki in pacienti se pogosto oblikuje zaupen odnos, ki omogoča boljše sodelovanje. To je vrednota, ki bi jo morali ohraniti in na njej graditi prihodnje izboljšave.

Iz dela zbornice

Za obdobje od 22. decembra 2024 do 22. januarja 2025

Zdravniške želje navdušile: več kot milijon in pol ogledov!

Zdravniška zbornica Slovenije je decembra ustvarila prav posebno praznično vzdušje z adventnim koledarjem zdravniških želja in toplimi voščili zdravnic, zdravnikov, zobozdravnic in zobozdravnikov iz vse Slovenije. Z njimi smo prikazali, kako prizadevni, srčni in predani so naši zdravniki in zobozdravniki.

Navdušenje nad objavami je preseglo vsa pričakovanja – skupaj so zbrale kar 1.545.200 ogledov, s povprečno 50.000 ogledi na posnetek.

Hvaležni smo za izjemen odziv in ponosni, da smo uspeli združiti zdravniško skupnost in širšo javnost v tako čudoviti praznični zgodbi.

Vsem, ki ste prispevali, delili in sodelovali, iskrena hvala! Naj bo leto pred nami polno zdravja, toplih trenutkov in novih priložnosti za povezovanje.



Zdravniška zbornica obsoja napade na zdravstvene ustanove v Gazi

Zdravniška zbornica Slovenije se je pridružila pozivom k takojšnji ustavitvi nasilja, obsodbi napadov na zdravstvene ustanove in njihove zlorabe v vojaške namene. Zdravstvene ustanove in zdravstveno osebje morajo ostati zaščiteni pred vsemi oblikami nasilja, saj so ključni za ohranjanje osnovne humanosti in spoštovanje mednarodnega humanitarnega prava. Zdravstvenim delavcem

v Gazi smo pripravljene pomagati z izobraževanjem in humanitarno pomočjo. Prizadevamo si za takojšnje izboljšanje razmer.

Delovna skupina »Ne dopuščajmo nasilja« v Zdravstvenem domu Kočevje

V Zdravstvenem domu Kočevje je delovna skupina Ne dopuščajmo nasilja izvedla delavnico o prepoznavanju in preprečevanju nasilja v zdravstvenem okolju. Namen delavnice je bil ozaveščanje o problematiki nasilja v zdravstvu, predstavitev

tehnike deeskalacije ter ukrepov za ravnanje v nevarnih situacijah, vključno z varnostnimi postopki in sodelovanjem s policijo.

Program delavnice so obogatila predavanja in interaktivne vaje, ki so jih vodili vodja delovne skupine in družinska zdravnica, prim. doc. dr. Nena Kopčavar Guček, psihiater prof. dr. Rok Tavčar s Psihiatrične klinike, policijski inšpektor Dejan Baša in Vesna Habe Pranjčič, univ. dipl. prav., vodja službe za osebno podporo članom pri ZZS.

(Delovna skupina skrbi za promocijo ničelne tolerance do nasilja med člani, zato izvajamo tovrstna izobraževanja zaposlenih v zdravstvu in nudimo hitro pomoč našim članom v primerih, ko se pri opravljanju zdravniške službe srečajo z nasilnim dogodkom in to prijavijo zbornici.)



Slovesna podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu

Na slovesni podelitvi je licenčne in specialistične listine prejelo 71 prejemnikov – 57 zdravnikov in 14 doktorjev dentalne medicine. Prireditev sta z glasbo obogatila specializantka družinske medicine Špela Stažišar in glasbenik ter režiser Rok Hvala. Živahno vzdušje so ustvarili najmlajši, ki

so s svojo vedoželjnostjo, energijo in ponosom spremljali podelitev listin svojim staršem.

Prejemnikom iskreno čestitamo in jim želimo, da bi uživali v svojem delu.



Kaj prinaša novela Zakona o zdravstveni dejavnosti?

Vsebina novele ZZDej je bila že večkrat spremenjena, zato smo na tej povezavi zbrali vse novosti, ki jih tudi redno posodabljam.



Konferenca »Med pacientovimi pravicami in dolžnostmi«

Zdravniška zbornica Slovenije je v sodelovanju z Uradnim listom RS organizirala konferenco ob izdaji novega Komentarja Zakona o pacientovih pravicah. Raznolik nabor predavateljev in razpravljavcev je predstavil pravne in praktične rešitve za aktualna vprašanja o pacientovih pravicah in dolžnostih.

Prvo sekcijo, ki jo je vodila prof. dr. Bojana Beović, je odprl prof. dr. Grega Strban s predavanjem o pravici do enakega dostopa do zdravstvene obravna-

ve. Dr. Nina Cek in dr. Alenka Oven sta obravnavali pravico do privolitve ter spoštovanja pacientovega časa.

Drugo sekcijo, ki jo je vodila dr. Alenka Oven, so zaznamovala predavanja o seznanitvi z zdravstveno dokumentacijo (dr. Urban Brulc in mag. Polona Merc), pritožbenih postopkih (Marjan Sušelj in Mateja Lednik) ter pacientovih dolžnostih (Peter Golob).

Zaključna razprava, ki sta jo vodila asist. Peter Golob in Anže Kimovec, je vključila dr. Nino Cek, Marjana Sušlja, dr. Urbana Brulca, Boštjana Kersniča, dr. med., in Miha Lukača, dr. med. Razpravljali so o prosti izbiri zdrav-



nika, najpogostejših pritožbah pacientov, umetni inteligenci v zdravstvu, digitalizaciji kartotek in spoštovanju pacientovih dolžnostih.

Zbornica pomaga – poplave v BiH

Po uničujočih poplavah, ki so prizadele Bosno in Hercegovino, smo se v Zdravniški zbornici odzvali z organizacijo humanitarne akcije zbiranja pomoči prek Ustanove za pomoč ogroženim Državljeni sveta, ki jo vodi zobozdravnik Jure Poglajen. Skupaj smo uspeli zbrati 5.000 evrov, ki jih bo Slovenska karitas namenila za obnovo 12 bivalnih enot za invalide osebe v kraju Gojevići in ene bivalne enote v kraju Kiseljak, poškodovanih v poplavah.

Popravek

V članku »Javna tribuna na ZZS: Zobozdravstvo nad prepadam«, objavljenem v januarski številki Isis na str. 20–21, je bilo pri podpisu Krunoslava Pavlovića napačno navedeno časovno obdobje trajanja funkcije predsednika OZB. Pravilno je: Krunoslav Pavlović, dr. dent. med., bivši predsednik OZB v letih 2017–2024.

Bralcem se opravičujemo za napako.

Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije

Zdravniška zbornica Slovenije z dnem 31. 1. 2025 objavlja Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za specialistično področje:

- **ginekologija in porodništvo.**

Na javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za zgoraj navedeno specialistično področje se, skladno z določili Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 35/24; v nadaljevanju: pravilnik) lahko prijavijo kandidati, ki:

- so imenovani za glavnega mentorja,
- so zaposleni v pooblaščenih ustanovah, kjer se izvaja specializacija, za katero kandidirajo, in
- so priznani strokovnjaki na svojem strokovnem področju.

Četrty odstavek 27. člena pravilnika določa, da mandat koordinatorjev specializacij traja štiri leta, z možnostjo enkratnega ponovnega imenovanja, če so kazalniki kakovosti izvajanja specializacije ustrezni. Naloge koordinatorjev so določene v pravilniku.

Kandidati morajo vlogi priložiti:

- svoj življenjepis in
- predlog oz. vizijo usposabljanja za specializacijo, za katero kandidirajo.

Pisne vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na e-naslov Zdravniške zbornice Slovenije: gp.zzs@zzs-mcs.si, do vključno 28. februarja 2025 (rok za oddajo vlog), **pri čemer naj se zadeva elektronskega sporočila glasi: »JAVNI POZIV ZA IMENOVANJE KOORDINATORJA«.**

Vloga je pravočasna, če prispe na prej navedeni elektronski naslov najpozneje zadnji dan razpisnega roka (do vključno 28. februarja 2025 do 23.59).

Izbor med prijavljenimi kandidati, ki bodo izpolnjevali pogoje, bo opravila komisija, ki jo sestavljajo predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica Zdravniške zbornice Slovenije.

Postopek imenovanja nacionalnih koordinatorjev

Izvršilni odbor je na svoji 23. in 56. seji sprejel sklep, po katerem postopek izbire kandidatov poteka na naslednji način: »Ob poteku mandata nacionalnih koordinatorjev ZZS pripravi poziv za imenovanje novih koordinatorjev, dosedanje koordinatorje pa se s pozivom opozori na potek mandata ter se jih povabi k ponovnemu sodelovanju«. Sprejet je bil naslednji postopek imenovanja koordinatorjev:

1. Ob izteku mandata koordinatorja, njegovem odstopu, razrešitvi, upokojitvi ali uvedbi nove specializacije se na spletni strani zbornice objavi javni razpis za imenovanje koordinatorja za posamezno specialistično področje. V njem se navedejo pogoji, ki jih morajo kandidati izpolnjevati. Kandidati morajo

vlogi priložiti svoj življenjepis in obrazložen predlog/vizijo razvoja specializacije.*

2. Izbor med prijavljenimi kandidati (po posvetu s Komisijo za podiplomsko usposabljanje in Svetom za izobraževanje zdravnikov) opravijo predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica zbornice.
3. Za namestnika koordinatorja se razpis ne objavi; izmed kandidatov, ki izpolnjujejo pogoje, si ga izbere koordinator sam.

* Če v prvem krogu poziva za imenovanje nacionalnega koordinatorja ni nobenega kandidata, se zdravnike, ki izpolnjujejo pogoje za imenovanje na funkcijo nacionalnega koordinatorja za določeno specialnost, pozove, da lahko kandidirajo. Kandidate za koordinatorja opozarjamo, da morajo vsi koordinatorji **imeti opravljeno izobraževanje iz strukturiranih intervjujev**. Če navedenega izobraževanja še niso opravili, ga bodo morali opraviti v najkrajšem možnem času. Kandidate za koordinatorja seznanjamo še s sklepom Sveta za izobraževanje zdravnikov, sprejetim v letu 2018, na podlagi katerega se za **predstavnika UEMS, imenovanega s strani zbornice, obvezno imenuje nacionalnega koordinatorja, razen če obstajajo objektivni zadržki**.

Management organizacij in vodenje ljudi je v zdravstvu zahtevna strokovna naloga, ki ne more in ne sme biti prepuščena stihiji

Petra Došenović Bonča

Management organizacij in vodenje ljudi je zahtevna naloga, z največjimi izzivi pa se management sooča v dejavnostih, ki jih zaznamuje negotovost, hitro spreminjajoče se notranje in zunanje okolje, visoka stopnja regulacije, tehnološka disrupcija, pogoste krizne razmere, omejeni ključni človeški in materialni viri ter delovanje v medkulturnem in globalnem okolju. Če pred nekaj desetletji med takšne dejavnosti verjetno ne bi uvrstili zdravstva, pa je slednje danes skoraj učbeniški primer za razpravo o tem, kako se na takšne izzive primerno odzvati.

To jasno kaže, kako zahtevna naloga je management kompleksnih, procesno usmerjenih zdravstvenih organizacij, v katerih imajo tako z vidika izvajanja dejavnosti kot njene razvoja osrednjo vlogo umski delavci. Vodenje takšnih zaposlenih, katerim je treba zagotoviti določeno stopnjo avtonomije, sodelovalno okolje, zaupanje, možnosti za nenehno usposabljanje in inoviranje, konstruktivne in vsebinsko pomembne povratne informacije, občutek, da ima njihovo delo smisel, pripoznanje dosežkov, pa tudi ustrezno ravnovesje med poklicnim in zasebnim življenjem, je posebna veščina. Za zdravstvene managerje pa je poleg ustvarjanja ustreznega notranjega okolja zelo zahtevno tudi obvladovanje zunanjega okolja, ki ga zaznamuje spreminjanje zakonodaje, regulacija cen in zaostrovanje pogojev delovanja.

Glede na vse navedeno pozdravljam predlog novele Zakona o zdrav-

stveni dejavnosti, ki uvaja profesionalizacijo managementa in upravljanja javnih zdravstvenih zavodov. To seveda zahteva, da razvijamo ustrezne programe za pridobitev znanj in razvoj veščin za management zdravstvenih organizacij in vodenje zdravstvenih delavcev. Med takšne programe zagotovo sodi program

»Usposabljanje iz managementa in drugih vodstvenih kompetenc za zdravnike in zobozdravnike«, ki ga že od marca 2018 izvaja Zavod za razvoj managementa v zdravstvu, in sicer v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije in drugimi partnerji, med katerimi so tako strokovnjaki iz prakse kot raziskovalci z Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani ter Fakultete za management Univerze na Primorskem. Poslanstvo tega programa pa ni zgolj izobraževanje in usposabljanje vodij v zdravstvu, ampak tudi proaktivno vplivanje na ključne odločevalce v zdravstvu, da ustvarijo pogoje za boljši zdravstveni management. Zgolj zakonska zahteva o izkazovanju vodstvenih kompetenc namreč ni dovolj. Management organizacij in vodenje ljudi v zdravstvu mora biti prepoznano kot zahtevna strokovna naloga, ki ne more in ne sme biti prepuščena stihiji. Je ugleden poklic, ki je tako kot kakovostno klinično delo med najbolj ključnimi dejavniki uspeha slovenskega zdravstva. Kot tak potrebuje drugačno mesto v slovenskem zdravstvu in ne sme biti skoraj pristočasna dejavnost za tiste, od katerih pričakujemo tako veliko, a vanje ne vlagamo dovolj.



Foto: Tania Mendillo

Izr. prof. dr. Petra Došenović Bonča,
Ekonomska fakulteta Univerze v
Ljubljani



Program in
prijavnico
najedate tu.

Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev

Na seji senata Medicinske fakultete v Mariboru 21. 10. 2024 je bila izvoljena v naziv:

Docentke

Dr. Petra Rižnik, dr. med., za predmetno področje pediatrija

Na seji senata Medicinske fakultete v Mariboru 21. 10. 2024 je bil ponovno izvoljen v naziv:

Docenta

Dr. Matjaž Merc, dr. med., za predmetno področje kirurgija

*Izvoljeni kolegici in kolegu čestitamo in jima želimo uspešno nadaljnje delo.
Zdravniška zbornica Slovenije*

Prejemniki zdravniških in zobozdravniških specialističnih licenc

V obdobju od 1. 10. 2024 do 31. 12. 2024

Amila Agović Pervinšek, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Aleksander Arnuš, dr. med., travmatologija
Dijana Babić, dr. med., internistična onkologija
Mirjam Bajt, dr. med., družinska medicina
Uršula Belingar Šatej, dr. med., pediatrija
Maša Bizjak, dr. med., pediatrija
Dr. Neli Bizjak, dr. med., otroška nevrologija
Katarina Borovnik, dr. med., pediatrija
Helena Božič Hlačer, dr. med., družinska medicina
Urška Bricelj, dr. med., intenzivna medicina
Dr. Urban Brulc, dr. med., ortopedska kirurgija
Peter Brumat, dr. med., ortopedska kirurgija
Marija Bulatović, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Vesna Červek, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Tjaša Dimčič, dr. med., družinska medicina
Larisa Divjak, dr. med., patologija
Nika Dobnikar, dr. med., onkologija z radioterapijo
Lucija Donko, dr. med., pediatrija
Miha Drglin, dr. med., splošna kirurgija
Katka Glamnik, dr. med., ortopedska kirurgija
Meta Grilec Jasnič, dr. dent. med., čeljustna in zobna ortopedija
Mojca Hafner Bizjak, dr. med., družinska medicina
Nina Hanžič, dr. med., Republika Hrvaška, radiologija
Julija Henigman, dr. med., družinska medicina
Jan Hojs, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Smiljana Horvat Strmšek, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Kaja Hrovatin, dr. med., nefrologija

Marija Ilievska, diplomiran doktor po medicina, R. S. Makedonija, oftalmologija
Timeja Janžekovič, dr. med., oftalmologija
Bernarda Javornik, dr. med., družinska medicina
Nejc Jemec, dr. med., družinska medicina
Zala Kacijan, dr. med., fizikalna in rehabilitacijska medicina
Polona Kačar, dr. med., Republika Hrvaška, kardiologija in vaskularna medicina
Dario Kalacun, dr. med., travmatologija
Anja Kanduč, dr. med., fizikalna in rehabilitacijska medicina
Martin Kavčič, dr. med., nevrologija
Špela Kavčič, dr. med., urgentna medicina
Aleš Kodela, dr. med., intenzivna medicina
Tina Kozlevčar, dr. med., žilna kirurgija
Dr. Jovan Krsteski, intenzivna medicina
Sandra Kuhar, dr. med., splošna kirurgija
Suzana Kunstek, dr. med., dermatovenerologija
Urban Kurent, dr. med., travmatologija
Martin Lap, dr. med., splošna kirurgija
Nina Lorber, dr. med., družinska medicina
Boris Lukin, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Sonja Mandjikoska, dr. med., nevrologija
Ajda Mavrič, dr. med., otorinolaringologija
Viktoriya Maxyuta, doctor, Republika Kazahstan, pediatrija
Anja Medvešek, dr. dent. med., parodontologija
Aljaž Merčun, dr. med., ortopedska kirurgija
Elena Mestnikova, dr. med., nevrologija
Martina Mezgec, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina
Eva Mislej, dr. med., gastroenterologija
Daša Naglič, dr. med., ginekologija in porodništvo
Manca Opeka, dr. med., družinska medicina
Jožef Ostroško, dr. med., radiologija
Blaž Pavič, dr. med., ginekologija in porodništvo
Jure Pešak, dr. med., nevrokirurgija
Urška Petač, dr. med., splošna kirurgija
Rene Petrovič, dr. med., kardiovaskularna kirurgija
Sabrina Petrovič, dr. med., splošna kirurgija
Urša Potočnik Rebersak, dr. dent. med., parodontologija
Luka Puzigača, dr. med., onkologija z radioterapijo
Nikola Randelović, dr. med., travmatologija
Lena Ražen, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina
Karmen Rečnik, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Matija Rozman, dr. med., hematologija
Barbara Samec, dr. med., družinska medicina
Tina Sirc, dr. med., ginekologija in porodništvo
Dime Stefanovski, dr. med., kardiovaskularna kirurgija
Dora Stepan, dr. med., radiologija
Tanita Strgaršek Vovk, dr. med., urgentna medicina
Anja Suzić, dr. med., pediatrija
Eva Svatina Šošić, dr. med., družinska medicina
Thierry Šavora Dinga, dr. med., urgentna medicina
Lana Škerlj, dr. med., medicina dela, prometa in športa
Tina Anamarija Škoberne, dr. med., radiologija
Laura Štefanič, dr. med., družinska medicina
Leon Šuleski, dr. med., družinska medicina
Brina Šuligoj, dr. med., nefrologija
Mojca Tuta, dr. med., radiologija

Ina Ūlen, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Matej Valič, dr. med., ortopedska kirurgija
Tanja Varl Turk, dr. med., interna medicina
Manca Velkavrh, dr. med., neonatologija
Domen Verdev, dr. med., otorinolaringologija
Aljaž Vesenjāk, dr. med., družinska medicina
Urban Vesenjāk, dr. med., gastroenterologija
Eva Vičič, dr. med., radiologija
Pia Vovk Racman, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Rok Vrčkovnik, dr. med., interna medicina
Bogdan Zdravković, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Veronika Žganec Hrženjak, dr. med., družinska medicina

Čestitamo!

Podeljene licence na podlagi v tujini pridobljene poklicne kvalifikacije

V obdobju od 1. 10. 2024 do 31. 12. 2024

Iva Blaić, pediatrija
Nataliya Bogacheva, ginekologija in porodništvo
Jasminka Brozović, dentalna medicina
Saša Đurić, radiologija
Azra Imširović, družinska medicina
Minea Lana Kobal, magister - lekar po dentalna medicina, Republika Bolgarija, dentalna medicina
Mirjana Pavkov, družinska medicina
Mirela Sulejmanović, ginekologija in porodništvo
Uroš Surina, dentalna medicina
Ana Todorović, anesteziologija, reanimatologija
Irena Vulićević, anesteziologija, reanimatologija

Čestitamo!

Domus Medica za vas!

Domus Medica je bil ustvarjen kot osrednja hiša slovenskega zdravništva. Velika Modra dvorana, številne sejne sobe in klubski prostori so bili zgrajeni z namenom srečevanj, stanovskega druženja, odprtega dialoga, organiziranih strokovnih predavanj med zdravniki in zobozdravniki.



Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Andreji Stepišnik, E: mic@zsz-mcs.si.

Multidisciplinary Journal Club – Multidisciplinarni klub strokovne literature

Janez Tomažič

Ta **Strokovni kotichek** je namenjen aktualnim novostim s čim širšega področja medicinske strokovne literature. Vse zainteresirane kolege z različnih področij medicine vabim k sodelovanju s predlogi za konkretne publikacije z »vaših« področij medicine, za katere menite, da so pomembne in vredne objave. Prosim, da mi tudi sporočite, če so registrirana kakšna pomembna nova zdravila, postopki, metode dela itd., ki so potencialno zanimivi za vse kolegice in kolege.

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med. (pišite mi na: janez.tomazic@kclj.si)



Foto: Vorane Vogel, fotograf, Delo

Steatozna bolezen jeter (SBJ)

SBJ je krovni izraz (»dežnik«) za nenormalno kopičenje lipidov v jetrih, katerega vzroki so multifaktorski. SBJ zajema tisto, kar smo nekoč imenovali »non-alcoholic fatty liver disease« (NAFLD), in njen podtip »non-alcoholic steatohepatitis« (NASH), zdaj pa se imenuje »s presnovno motnjo povezana steatotična bolezen jeter« (»metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease« – MASLD). Poleg tega SBJ zajema tudi »alcohol-related liver disease« (ALD) in MetALD, novo klasifikacijo za prekrivanje med MASLD in ALD, ter še nekatere redke vzroke za SBJ. Ciroza je globalno 11. najpogostejši vzrok smrti, SBJ pa je postala glavni vzrok ciroze v EU in ZDA. SBJ prizadene približno 30 % svetovnega prebivalstva in je večinoma povezana z metaboličnim sindromom (prekomerna telesna teža in debelost, insulinska rezistenca, prediabetes in diabetes ter dislipidemija, ki spadajo med »cardiometabolic risk factors« – CMRFs), uživanjem alkohola in z zdravili povzročeno okvaro jeter, vendar le manjši delež bolnikov s SBJ napreduje do ciroze. Pomembna je seveda tudi genetska nagnjenost (specifične različice – aleli – v genu PNPLA3). Prisotnost in napredovanje fibroze jeter, ki je posledica kroničnega vnetja v jetrih, sta glavna napovedovalca smrti, povezane z jetri, v celotnem spektru SBJ. Kombinacija novih in širše dostopnih biomarkerjev (natančen prikaz v tabeli, npr. »Fibrosis-4 test« itd.) za zgodnje odkrivanje fibroze jeter, skupaj s pomembnim napredkom pri terapevtskih intervencijah (agonisti receptorjev GLP1, pioglitazon, SGLT2i, do neke mere tudi statini in

Aspirin itd.), ponujajo možnost zmanjšanja obolevnosti in umrljivosti bolnikov s SBJ ter boljše globalno zdravje jeter.

V prispevku razložijo nedavno rekvalifikacijo SBJ in kako to odseva v klinični praksi (pomembno tudi zaradi zmanjševanja stigme) ter prognozi bolezn. Za zgodnje odkrivanje fibroze jeter predlagajo sodelovanje med primarnim zdravstvom in specialisti za jetrne bolezni. Prikazujejo tudi trenutno najboljše klinične prakse za obvladovanje SBJ, možne terapevtske tarče v celotnem spektru SBJ, s pregledom novih učinkovin, ki jih razvijajo za MASLD. Vsebina članka je kar »zalogaj«, zaključim lahko, da obstaja potreba po boljšem razumevanju SBJ, ne samo med zdravstvenimi delavci, ampak tudi med bolniki in splošno javnostjo. Projekt »zdrava jetra« je treba vključiti v širši (globalni) kontekst javnega zdravja.

Vir: Israelsen M, Francque S, Tsochatzis EA, et al. Steatotic liver disease. Lancet 2024; 404: 1761–78.

Priporočam tudi:

Akutna okvara jeter (AOJ)

AOJ je življenjsko nevarna motnja, ki jo zaznamuje hitro poslabšanje jetrne funkcije, koagulopatija in jetrna encefalopatija v odsotnosti že obstoječe jetrne bolezni. Pogosti vzroki pri odraslih vključujejo toksičnost zdravil, hepatotropne in nehepatotropne viruse, zeliščne in prehranske dodatke, zdravila proti tuberkulozi in avtoimunski hepatitis. Sepsa z večorgansko

odpovedjo in cerebralni edem ostajata glavni vzroki smrti pri bolnikih z AOJ. Presaditev jeter je trenutno najboljša terapija. V članku so prikazani vzroki, prognostični model ter zdravljenje in obvladovanje bolezni.

Vir: Maiwall R, Kulkarni AV, Arab JP, et al. Acute liver failure. Lancet 2024; 404: 789–802.

Hipotiroidizem

Hipotiroidizem, zmanjšana funkcija ščitnice (pomanjkanje ščitničnih hormonov), je pogosta bolezen po vsem svetu. Prizadene skoraj vse telesne sisteme in ima širok spekter kliničnih prezentacij, od brezsimptomnega poteka do, v redkih primerih, življenjsko nevarnih stanj, ki se lahko pojavijo, če bolezen ne prepoznamo in ne zdravimo. Klasični simptomi in znaki hipotiroze vključujejo utrujenost, letargijo (duševna otopelost), pridobivanje telesne teže in intoleranco na mraz; vendar pa so te težave nespecifične, diagnoza se navadno postavi na podlagi serumskih preiskav funkcije ščitnice. TSH je glavni marker delovanja ščitnice. Najpogostejši vzrok hipotiroze je kronični avtoimunski tiroiditis (Hashimotov tiroiditis), čeprav so pogosti tudi drugi vzroki, vključno z zdravili (kot so npr. amiodaron, zaviralci imunskih kontrolnih točk – »immune checkpoint inhibitors«, zaviralci tirozin kinaze, nekatera biološka zdravila, litij itd.), zdravljenjem z radioaktivnim jodom in operacijami ščitnice. Zgodovinsko gledano je bilo najpogostejši vzrok hudo pomanjkanje joda v hrani.

Referenčne vrednosti za preiskave delovanja ščitnice temeljijo na fiksnih percentilih porazdelitve populacije, vendar se vse bolj zavedamo potrebe po bolj individualiziranih referenčnih intervalih, ki upoštevajo ključne dejavnike, kot so starost, spol ter posebne okoliščine, na primer nosečnost. Monoterapija z levotiroksinom (T4) je standardno zdravljenje hipotiroze; je varna, poceni, v veliki meri normalizira delovanje ščitnice (cilj je normalna koncentracija TSH) in izboljša simptome in znake pri večini

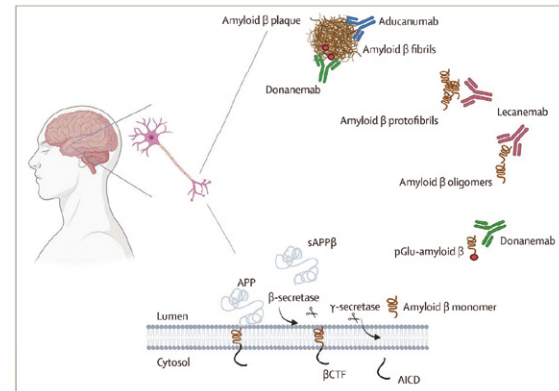
bolnikov. Približno 10 % bolnikov pa ima še vedno vztrajajoče simptome slabega počutja, kljub normalizaciji ščitničnih funkcijskih testov, določen delež bolnikov, ki jemljejo T4, pa ima koncentracije TSH zunaj referenčnega območja. Vztrajajoči simptomi in znaki (utrujenost, pridobivanje telesne teže, depresija itd.), kljub zdravljenju s T4, so privedli do tega, da nekateri bolniki uporabljajo liotironin (aktivna oblika ščitničnega hormona – T3, ki neposredno deluje na celice) ali izvlečke posušene ščitnice (vsebuje T4 in T3, kot tudi druge sestavine ščitnice). To se dogaja predvsem osebam z genetsko variabilnostjo deiodinaznih encimov, ki so pomembni pri konverziji T4 v T3. Vendar pa z metaanalizo 18 raziskav niso našli prepričljive prednosti v primerjavi z monoterapijo (T4).

Še vedno potekajo razprave o tem, kdaj začeti zdravljenje, in o strategijah zdravljenja hipotiroidizma. V pričujočem preglednem članku so se avtorji poglobili v epidemiologijo, genetske determinante, vzroke in klinično sliko hipotiroidizma, pri tem pa izpostavljajo ključne pomisleke/premisleke in kontroverznosti pri diagnostiki in obladovanju ter podajajo smernice za prihodnje raziskave hipotiroidizma. Z eno besedo: »Vse, kar si želite vedeti o hipotiroidizmu in se do sedaj niste upali vprašati!«

Vir: Taylor PN, Medici MM, Hubalewska-Dydejczyk A, et al. Hypothyroidism. Lancet 2024; 404: 1347–64.

Pasivna imunoterapija proti amiloidu β pri Alzheimerjevi bolezni (AB) – priložnosti in izzivi

AB je najpogostejša neurodegenerativna bolezen in najpogostejši vzrok za demenco v svetovnem merilu. Ocenjujejo, da ima AB 44 milijonov ljudi po svetu, pri čemer se pričakuje, da se bo ta številka do leta 2050 trikratno povečala. Klinično je AB zaznamovana z napredujočimi spominskimi težavami, ki najprej prizade-



Amiloidogeneza amiloidnega prekursorskega proteina (APP) in prednostne tarče pasivne antiamiloidne β -imunoterapije. Terapevtska protitelesa so usmerjena na različne faze amiloidogene poti: adukanumab je usmerjen proti fibrilarnim oblikam amiloida β , lekanemab cilja predvsem protofibrile in oligomere amiloida β , donanemab pa na N-terminalno skrajšan, posttranslacijsko modificiran amiloid β , ki se začne s piroglutamatom in je večinoma omejen na amiloidne plake.

nejo kratkoročni in kasneje še dolgoročni spomin, poleg tega pa povzroči tudi upad drugih kognitivnih funkcij in postopno izgubo samostojnosti. Gre za zunajcelično kopičenje amiloida β (»neuritic plaques«), ki povzroči tvorbo nenormalnega »tau proteina«, ki ima ključno vlogo pri stabilizaciji mikrotubulov v nevronih, kar omogoča normalen transport hranil in drugih molekul znotraj celic, njegove abnormalnosti pa vodijo postopno v propad nevronov. Z uvedbo »disease-modifying« pasivne imunoterapije, usmerjene proti amiloidu β , za zdravljenje AB, se postavljajo vprašanja, koga, kdaj in kako zdraviti. V članku na kratko opisujejo patogenetske temelje predkliničnih raziskav, ki so pred več kot dvema desetletjema spodbudili razvoj tega »cepilnega« pristopa, poleg tega pa razpravljajo o rezultatih kliničnih raziskav učinkovin, kot so adukanumab, lekanemab in donanemab. Gre za prvo generacijo monoklonskih protiteles, usmerjenih proti različnim strukturam amiloida β . Predstavljena so tudi priporočila za ustrezno uporabo teh novih režimov

zdravljenja glede izbire pacientov in spremljanja varnosti zdravil (jasna navodila, za koga so tovrstna zdravila kontraindicirana, npr. za osebe na antikoagulantnem zdravljenju itd.). Prikazane so tudi ocene številnih bolnikov, ki izpolnjujejo pogoje za zdravljenje glede na vključitvena in izključitvena merila, ter ocene o pripravljenosti zdravstvenih sistemov na prepoznavanje ustreznih bolnikov in na izvajanje zdravljenja.

Priča smo prebojnemu premiku od sindromskega pristopa k obravnavi AB k **zgodnjemu**, na biomarkerjih (npr. plazemski »p-tau217«) temelječemu zdravljenju te vse bolj prisotne bolezni (pomembne so seveda tudi klinika, slikovne preiskave – »amyloid-related imaging abnormalities« – ARIAs itd.). Ta premik zahteva pomembne prilagoditve infrastrukture in virov (vse večje število bolnikov), hkrati pa obeta, da bo na dolgi rok omogočil bistveno upočasnitev napredovanja bolezni in odložitev demence. Pomembna je zelo zgodnja diagnoza, najbolje v predsimptomatskem obdobju, in zgodnje »pre-emptive« zdravljenje ob upoštevanju izključitvenih kriterijev, možnih neželenih učinkov in varnosti zdravljenja (pomemben je hiter dostop do MRI; upoštevanje genetskih nevarnostnih dejavnikov – prisotnost TREM2, CD33 itd.). Kaže, da so narejeni prvi koraki v pravo smer!

Vir: Heneka MT, Morgan D, Jessen F. *Passive anti-amyloid beta immunotherapy in Alzheimer's disease-opportunities and challenges*. *Lancet*. 2024; 404: 2198–208; doi: 10.1016/S0140-6736(24)01883.

Preberite še:

1. Zdravila za Alzheimerjevo bolezen povzročajo dileme pri predpisovanju

V prispevku lahko preberete dileme ameriških nevrologov, ki imajo s tovrstnimi zdravili že izkušnje ...

Vir: Couzin-Frankel J. *Alzheimer's drug approvals create prescribing dilemmas*. *Science* 2024; 386: 472–3.

2. Še o plazemskem biomarkerju p-tau217 ...

S pričujočo raziskavo dokazujejo, da ima plazemski p-tau217 veliko diskriminativno natančnost za Alzheimerjevo bolezen pri bolnikih z zgodnjim pojavom in/ali netipično demenco, ki so bili ocenjeni v specializiranih ustanovah.

Vir: Quispialaya KM, Therriault J, Aliaga A, et al. *Comparison of Plasma p-tau217 and [(18)F]FDG-PET for Identifying Alzheimer Disease in People With Early-Onset or Atypical Dementia*. *Neurology*. 2025; 104: e210211.

3. Dolgotrajno tveganje za demenco pri Parkinsonovi bolezni

Rezultati dveh obsežnih prospektivnih raziskav nakazujejo, da se demenca pri Parkinsonovi bolezni pojavi manj pogosto ali kasneje v poteku bolezni, kot so ugotavljali v prejšnjih raziskavah.

Vir: Gallagher J, Gochanour C, MS, Caspell-Garcia C, et al. *Long-Term Dementia Risk in Parkinson Disease*. *Neurology* 2024; 103: e209699; doi:10.1212/WNL.000000000209699.

Zdravljenje nedrobnoceličnega raka pljuč v stadiju III: hitro posodobljena priporočila ASCO

Leta 2021 je ASCO (American Society of Clinical Oncology) objavil smernice za obravnavo nedrobnoceličnega raka pljuč v stadiju III (»non-small cell lung cancer« – NSCLC), leta 2023 pa je bila izdana hitra

posodobitev izbranih priporočil. Raziskava LAURA faze III je spodbudila nadaljnjo posodobitev priporočil. V njej so ocenili osimertinib (tretja generacija zaviralca tirozin kinaze receptorja za epidermalni rastni faktor – EGFR) kot zdravljenje za konsolidacijo po dokončni sočasni ali zaporedni kemoradioterapiji pri 216 bolnikih z neresektabilnim rakom pljuč v stadiju III NSCLC, ki imajo EGFR ekson 19 delecijo ali L858R mutacijo. Raziskava LAURA je prva RKR*, s katero so dokazali korist za preživetje brez napredovanja bolezni (»progression-free survival« – PFS). Čeprav podatki o celotnem preživetju (»overall survival« – OS) še niso dokončni, razmerje tveganja za PFS, ki znaša 0,16 in je v prid osimertinibu, v primerjavi s placebom, kaže na znatno klinično korist v tej populaciji bolnikov. Povečano tveganje za pojav neželenih učinkov, povezano s konsolidacijsko terapijo z osimertinibom, ter nejasnosti glede dolžine trajanja predlagane konsolidacijske terapije je treba pred začetkom zdravljenja natančno obravnavati in predebatirati z bolniki.

Hitre posodobitve priporočil ASCO so odziv na pojav novih, klinično pomembnih podatkov, s ciljem, da bi strokovnjake in javnost čim bolje in hitreje seznanili o najboljših razpoložljivih možnostih za obravnavo raka. Smernice in posodobitve niso namenjene nadomeščanju neodvisne strokovne presoje zdravnika, ki zdravi bolnika, in ne upoštevajo individualnih razlik med bolniki.

Vir: Daly ME, Singh N. *Management of Stage III Non-Small Cell Lung Cancer: ASCO Rapid Recommendation Update*. *J Clin Oncol* 2024; 1-5; doi: 10.1200/JCO.21.02528.

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana,
Medicinska fakulteta,
Univerza v Ljubljani

* RKR: randomizirana klinična raziskava

Vabljeni na spletni tečaj onkogenomike

V sklopu evropskega javnozdravstvenega projekta **CAN.HEAL** (Building the EU Cancer and Public Health Genomics Platform), pri katerem sodeluje tudi Onkološki inštitut Ljubljana (OIL), je do 2. 4. 2025 na voljo **brezplačen spletni tečaj z naslovom »Oncogenomics for Health Professionals«**.

Organizator:

Organizator tečaja je italijanski nacionalni inštitut za zdravje (Istituto Superiore de Sanita).

Cilji:

Cilji in vsebine so bili določeni s pomočjo sistematskega pregleda literature in delfske metode konsenza mednarodnega panela strokovnjakov.

Namen:

Namenjen je vsem zdravstvenim delavcem, ki bi želeli pridobiti oz. izboljšati znanje o osnovnih principih onkogenetike ter klinični aplikativnosti onkogenomike.

Tečaj je razdeljen na štiri module, ki pokrivajo področja:

- osnov humane genetike in onkogenetike,
- trenutnih genetskih in genomskih testov za presejanje in diagnostiko rakov,
- področje dednih predispozicij za rake,
- farmakogenomike in
- personaliziranega zdravljenja rakov.

Vsebina je podana v angleškem jeziku, predstavlja na preko videopredavanj, pisnih povzetkov in člankov. Vključuje seznam virov za možnost samostojne pogljobljene nadgradnje znanja o tematiki.

Kreditne točke:

Tečaj je uspešno opravljen po zaključenem preizkusnu znanja, ki vključuje 60 testnih vprašanj, če je pravilno odgovorjenih vsaj 75 % vprašanj. **European Accreditation Council for Continuing Medical Education** udeležencem z uspešno opravljenim preizkusom znanja priznava **12 ur kreditnih točk**. Za pridobitev kreditnih točk pri Zdravniški zbornici Slovenije (ZZS) je po opravljenem končnem preizkusu znanja treba oddati individualno vlogo za uveljavljanje strokovnih vsebin iz *samoizpopolnjevanja s pomočjo multimedijskih programov za učenje na daljavo*. Kreditne točke pri ZZS je mogoče pridobiti le, če so vlogi predložena tudi testna vprašanja in potrdilo o uspešnem sodelovanju.

Projekt financirata Evropska komisija in Ministrstvo za zdravje.

Spletna povezava do tečaja:

<https://www.eduiss.it/course/index.php?categoryid=78>

Veseli bomo vašega sodelovanja.

Za CAN.HEAL:

dr. Ksenija Strojnik, dr. med., spec. klinične genetike in internistične onkologije
izr. prof. dr., Kraljevina Belgija, **Mateja Krajc**,
dr. med., spec. klinične genetike in javnega zdravja
OIL

Razbremenilni pogovori v februarju 2025

Članom so, v oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah, na voljo razbremenilni pogovori, ki so možni tudi po dogovoru, zunaj razpisanih terminov.

Ime	Datum	Čas	Status
Brane Brinšek, dr. med.	Četrtek, 6. februarja 2025	15.00–17.00	Prosto (dva termina po eno uro)
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 17. februarja 2025	16.00–18.00	Prosto (dva termina po eno uro)
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 20. februarja 2025	16.00–17.00 17.00–18.00	Zasedeno Prosto

Če bi potrebovali pogovor zunaj določenih terminov, nas o tem obvestite, da vam bomo lahko pomagali.

Za rezervacijo termina za pogovor po telefonu, ki je lahko povsem anonimno, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 (Vesna Habe Pranjič) ali po e-pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.



Ob novi verziji predloga Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja

Matjaž Zwitter

V uvodu naj ponovim, da mnogi zdravniki še vedno načelno in v skladu z našim etičnim kodeksom odklanjamo namerno usmrtitev bolnika, pa naj gre pri tem dejanju za evtanazijo ali pa za pomoč pri samousmrtitvi. Takšno dejanje je v nasprotju s temelji zdravniške etike, ki zavezuje zdravnike k zdravljenju in lajšanju trpljenja.

Po referendumu in glede na podporo pri poslancih kaže, da bo Državni zbor Zakon o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (ZPPKŽ) sprejel. Poslanci bodo z zakonom zavezali zdravnike k novim dolžnostim, ne da bi se z nami posvetovali in ne da bi se zavedali posledic sprejema zakona v sedanji obliki. Predlagatelji so res opustili nekaj najbolj spornih točk. V novi različici ostaja le pomoč pri samousmrtitvi brez možnosti evtanazije, prav tako so izvzeti bolniki s trpljenjem zaradi duševnih bolezni. Podpora večine volivcev in večine poslancev pa ne more spremeniti dejstva, da je zakon tudi v novi različici hudo nedomišljen in na neprimeren način posega v odnose med bolnikom in zdravnikom.

V tem zapisu bom pustil ob strani načelna vprašanja. Kritično bom komentiral nekatere člene in predlagal spremembe, ki bi zakon naredile sprejemljivejši. V *ležečem tisku* navajam določbe zakona, temu pa dodajam komentar in predloge sprememb. Prosim, da uredništvo ne popravlja jezikovnih spodrsrlajev v citatih iz zakona, ki očitno potrebuje tudi lektoriranje.

Temeljna načela (3. člen)

Pri uresničevanju pravice do PPKŽ po tem zakonu se upoštevajo zlasti naslednja načela:

- načelo spoštovanja pacientove avtonomije,
- načelo varstva največje pacientove zdravstvene koristi za pacienta,
- načelo spoštovanja osebnosti in dostojanstva pacienta in drugih oseb,

- načelo spoštovanja pacientove zasebnosti,
- načelo spoštovanja pacientovega časa,
- načelo skrbnega ravnanja,
- načelo jasnosti in transparentnosti.

Komentar: Predlagatelji zakona so izpustili načelo spoštovanja avtonomije zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. To ni spodrsrlaj, pač pa namerno zavračanje pravice, da poklicne skupine v zdravstvu (zdravniki, medicinske sestre in tehniki, lekarnarji) neodvisno oblikujemo strokovna in etična izhodišča za svoje delo. V nadaljevanju bomo ob komentarju k 8. in 13. členu videli, kako lahko takšen razmislek vodi do etično povsem nedopustnega preglasovanja zdravnikovega mnenja.

Spoštovanje avtonomije vsake poklicne skupine je osnovni pogoj za zahtevo po odgovornosti. Če torej družba pričakuje odgovornost, nam mora podeliti tudi pravico do avtonomnega odločanja. V nasprotnem primeru smo hitro lahko v položaju nacističnih zdravnikov, ki so se branili z besedami, da so le spoštovali zakonodajo.

Predlog spremembe: Doda naj se vrstica »načelo spoštovanja avtonomije in strokovnosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev«.

Pogoji za uveljavljanje pravice do PPKŽ (6. člen)

Pacient ima pravico do PPKŽ, če doživlja nezno trpljenje, za katerega ne obstaja za pacienta sprejemljiva možnost lajšanja, in ki je po presoji zdravnika posledica hude neozdravljive bolezni ali druge hude trajne okvare zdravja, katerih zdravljenje je izčrpano in ne daje utemeljenega pričakovanja na ozdravitev oziroma izboljšanje zdravja

Komentar: Besedna zveza »za pacienta sprejemljiva možnost lajšanja« pomeni, da morda možnost lajšanja sicer obstaja, vendar

pacient te možnosti ne sprejema. Prišteven bolnik ima seveda pravico zavrniti vsak poseg, tudi takega, ki bi mu rešil življenje ali olajšal nezno trpljenje. Iz takšne zavrnitve pa ne moremo izpeljati pravice do usmrtitve: zdravnika postavljamo v strokovno in etično nemogoč položaj, ko bi lahko pomagal, pa mu tega bolnik ne dovoli in zahteva usmrtitev.

Večina podobnih že sprejetih zakonov v tujini kot pogoj za odobritev usmrtitve poleg neznosnega trpljenja navaja tudi kratko pričakovano preživetje, običajno do 3 ali največ 6 mesecev. Slovenski predlog te dodatne zahteve nima. Tako izpolnjuje pogoje za usmrtitev tudi invalid s trajno hudo okvaro zdravja, na primer paraplegik ali oseba, ki je ob nesreči s petardo izgubila vid.

Predlog spremembe: Besede »za pacienta sprejemljiva« naj se črtajo. Doda naj se omejitve na bolnike s kratkim pričakovanim preživetjem – 3 ali 6 mesecev.

Napoved zahtevka za PPKŽ (7. člen)

Lečeči zdravnik pacienta na jasen in razumljiv način seznaniti tudi z:

- drugimi možnostmi za lajšanje trpljenja, kot so podporno zdravljenje v bolnišnici, na domu ali pri za to specializiranih izvajalcih, protibolečinska in druga terapija za lajšanje bolečine in trpljenja,
- možnostmi paliativne oskrbe,
- možnostmi zdravstvene obravnave, ki v Republiki Sloveniji ni na voljo ali ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in bi lahko vplivala na pacientovo odločitev uveljavljati pravico do PPKŽ

Komentar: Pri prvih dveh zgoraj navedenih alinejah ni dovolj, da lečeči zdravnik bolnika seznaniti s temi možnostmi, pač pa mu mora to tudi konkretno ponuditi. Drugače povedano: vsa omenjena paliativna oskrba mora biti bolniku dostopna, in to brez finančnih bremen za bolnika ali svojce. Če ni tako in če kakovostna

paliativna oskrba v Sloveniji večini hudo bolnih zaradi prostorskih, kadrovskih in finančnih omejitev ni dostopna, potem so vsa zdravnikova pojasnila o teh možnostih le cinično slepilo.

V tretji alineji govorimo o bolnikih, pri katerih so izčrpane vse možnosti zdravljenja. Če bi lečeči zdravnik vedel za obetavno možnost zdravljenja v tujini, bi bil vsekakor strokovno in etično dolžan bolnika s tem seznaniti že prej in ne šele takrat, ko si bolnik želi umreti.

Predlog spremembe: V uvodni vrstici tega člena naj se besede »seznaniti tudi z« nadomesti s »ponudi«. V drugi in tretji alineji je treba ustrezno popraviti sklon (»druge možnosti«). Tretja alineja naj se črta. Črta naj se tudi ustrezna alineja v 10. členu.

Vloga za uveljavljanje pravice do PPKŽ (8. člen) in Odločanje o pravici do PPKŽ (13. člen)

Pacient je do vložitve vloge za uveljavljanje pravice do PPKŽ upravičen tudi v primeru, ko lečeči zdravnik meni, da pacient ne izpolnjuje pogojev iz 1. točke prvega odstavka 6. člena tega zakona (6. člen).

V primeru različnih mnenj lečečega in neodvisnega zdravnika Komisija za PPKŽ ugotovi, da pacient kljub temu izpolnjuje pogoje iz 1. točke prvega odstavka 6. člena tega zakona (13. člen)

Komentar: Tu smo v položaju, ko lečeči zdravnik ni uveljavljal ugovora vesti (kajti če bi ga, bi bil iz vseh postopkov izključen že prej), po svoji strokovni presoji pa meni, da bi bolnikovo trpljenje lahko ublažili ali da bo morda bolnik kasneje to svoje bolezensko stanje lažje sprejel. Tu mislim predvsem na povezavo s 6. členom, ki po sedanjem predlogu dopušča usmrtitev tudi invalidom, ki niso v zadnjem obdobju življenja. Po predlogu zakona bi se kljub odklonilnemu mnenju lečečega

zdravnika postopek nadaljeval. Če bi kasneje neodvisni zdravnik pritrdil zahtevku bolnika, bi Komisija za PPKŽ lahko postopek odobrila. To torej pomeni, da bi lečečega zdravnika preglasoval neodvisni zdravnik (ki bolnika le bežno pozna) in Komisija, ki bolnika sploh ni videla in z njim ni govorila. Ob takem, etično in strokovno hudo spornem preglasovanju pa bi lečečega zdravnika vendarle zadolžili, da izpelje vse postopke izvedbe pomoči pri samousmrtitvi. Si lahko predstavlja, da se travmatolog ne bi strinjal z zahtevo bolnika s paraplegijo, pa bi kasneje vendarle moral izpeljati pomoč pri samousmrtitvi?

Predlog spremembe: V primeru, da lečeči zdravnik meni, da bolnik ne izpolnjuje pogojev iz 6. člena zakona, se postopek ustavi. Bolnik si lahko izbere drugega lečečega zdravnika.

Mnenje psihiatra (12. člen)

Mnenje najkasneje v treh delovnih dneh poda na obrazcu, ki ga predpiše minister.

Komentar: Mnogi odrasli, starostniki in tudi mladostniki s hudimi duševnimi težavami čakajo na pregled pri psihiatru tudi pol leta ali več. Nekateri pregleda ne dočakajo in si prej sami vzamejo življenje. Pri takšni težki dostopnosti psihiatrov je hudo nenavadno, da bo ob zahtevi za samousmrtitev psihiater podal mnenje v treh delovnih dneh.

Predlog spremembe: Besedilo člena lahko ostane nespremenjeno. Izvajanje zakona pa naj se odloži do takrat, ko bo pomoč psihiatra brez odlašanja zagotovljena vsakomur, ki jo potrebuje.

Postopek uveljavljanja pravice do PPKŽ – členi 16 do 20

Lečeči zdravnik s pacientom določi datum, uro in kraj izvedbe PPKŽ in opredeli predhodne priprave, da bo postopek uveljavljanja pravice do PPKŽ izveden v predvidenem času, ter o tem in o izbranem načinu vnosa učinko-

vine za PPKŽ iz 17. člena tega zakona obvesti Komisijo za PPKŽ (16. člen).

Lečeči zdravnik oziroma nadomestni zdravnik ali po njem pooblaščen zdravstveni delavec predpisano učinkovino za PPKŽ in podporna zdravila prevzame v za to določeni lekarni in jih ob določenem času dostavi na kraj izvedbe PPKŽ (18. člen).

Postopek priprave učinkovine za PPKŽ za vnos izvede lečeči zdravnik ali diplomirana medicinska sestra (19. člen).

Če pacient vztraja pri izvedbi PPKŽ, morata lečeči zdravnik ali diplomirana medicinska sestra v skladu s pacientovo izbiro načina vnosa učinkovine za PPKŽ v telo:

- dati pacientu učinkovino za PPKŽ v obliki, da jo ta lahko zaužije; ali
- namestiti in pripraviti medicinski oziroma drug pripomoček, namenjen vnosu učinkovine; ali
- opraviti druga dejanja, ki odražajo izbrani način vnosa učinkovine za PPKŽ v telo (20. člen).

Lečeči zdravnik ali diplomirana medicinska sestra mora biti ob pacientu navzoč vse dokler se ne ugotovi njegove smrti. Ko lečeči zdravnik ali diplomirana medicinska sestra ugotovi smrt, o tem obvesti mrliškega preglednika in počaka na njegov prihod (20. člen).

Komentar: Vnaprejšnja določitev datuma in ure izvedbe samoumrtitve je neprimerna. Po izkušnjah iz Oregona, Kalifornije in Avstrije bolniki pogosto želijo imeti učinkovine za samoumrtitev »za vsak slučaj«, torej za primer, da bi postalo trpljenje res neznosno, nato pa jih prehiteli naravna smrt in torej mnogi samoumrtitve ne izpeljejo. Če pa ob vnaprejšnjem določenem datumu in uri zdravnik potrka na vrata (tako je na primer v Kanadi), bo bolnik pač privolil, pa čeprav bi si morda intimno želel še malo življenja.

Za bolnike, ki še lahko zaužijejo hrano in tekočino, bo zdravnik najverjetneje kot učinkovino izbral barbiturate skupaj z antiemetiki. V takem primeru ni prav nobene potrebe, da bi zdravniku ali medicinski sestri naložili, da prevzame učinkovino v lekarni, da to dostavi bolniku in da je prisoten ob zaužitju učinkovine in še ves čas do ugotovitve smrti in prihoda mrliškega oglednika – to lahko traja več ur.

Umiranje in smrt sta za bolnika in za svojece intimen dogodek. Prisotnost zdravstvenih delavcev je ne le odveč, pač pa je lahko tudi moteča. Če zahtevamo prisotnost zdravnika, potem pričakujemo, da bo ukrepal v primeru, da bolnik ne umre kmalu po zaužitju učinkovine. Tako smo le še korak do evtanazije.

Prisotnost zdravnika ali medicinske sestre je potrebna in primerna le v redkih primerih, ko bolnik ne more sam zaužiti učinkovine in je treba namestiti infuzijsko črpalko, ki jo bo nato aktiviral sam bolnik. Tudi v takem primeru pa naj zdravstveni delavec takoj po postavitvi infuzijskega sistema zapusti prizorišče.

Končno je tu še dejstvo, da zakon nalaga zdravniku ali medicinski sestri hudo mučno sedenje ob umirajočem bolniku.

Predlog sprememb: V zakonu naj se opusti vnaprejšnja določitev datuma in ure izvedbe PPKŽ. Bolnik ali svojci naj v lekarni prevzamejo učinkovino skupaj z navodili. Črta naj se prisotnost zdravstvenega osebja v času samoumrtitve. Ko nastopi smrt, naj svojci po utečeni poti pokličejo mrliškega oglednika.

Kraj izvedbe PPKŽ in navzoče osebe (19. člen)

Pred izvedbo PPKŽ se lečeči zdravnik o podrobnostih izvedbe posvetuje s pacientovimi bližnjimi osebami v primeru, da pacient s tem soglaša.

Komentar: To določilo se navezuje na načelo spoštovanja pacientove zasebnosti, kot je navedeno v 3. členu. Ob umirajočem bolniku pa moramo na načelo spoštovanja zasebnosti

gledati nekoliko drugače. Postavimo, da je bolnik ob sprejemu v bolnišnico zahteval, da se o njegovem zdravstvenem stanju nikogar ne obvešča. Če se mu nato stanje kritično poslabša, bo razumen in sočuten zdravnik kljub prepovedi posredovanja informacij o tem obvestil bolnikove bližnje. Če tega ne stori, mu bodo svojci upravičeno očitali, da jih je prikrajšal za možnost, da bolnika še zadnjič vidijo, dokler je še živ. Zdravnik je k empatiji zavezan tudi v odnosu do svojcev. Enak položaj je pri zahtevi za pomoč pri končanju življenja.

Predlog spremembe: Del stavka »v primeru, da pacient s tem soglaša« naj se izpusti.

Vzrok smrti (21. člen) in Zavarovanja za primer smrti in druga pravna razmerja (26. člen)

Za potrebe zdravniškega potrdila o smrti in poročila o vzroku smrti se pacientova smrt opredeli kot samoumrtitev s pomočjo in šteje za neposredni in osnovni vzrok smrti (21. člen)

V zvezi z drugimi pogodbami, kjer je njihova uresničitev lahko odvisna od vzroka smrti pogodbene stranke, se smrt pacienta, ki je nastopila kot posledica postopka uveljavljanja pravice do PPKŽ, ne upošteva kot neposredni vzrok smrti. Kot neposredni vzrok smrti šteje huda neozdravljiva bolezen ali druga huda trajna okvara zdravlja iz 1. točke prvega odstavka 6. člena tega zakona (26. člen).

Komentar: Oba člena si nasprotujeta. Sestavljavcem zakona očitno niso jasne osnove zdravstvene statistike. Samoumrtitev s pomočjo je neposredni vzrok smrti, osnovni vzrok smrti pa je bolezen, ki je privedla bolnika v terminalno stanje, na primer rak pljuč.

Za zavarovalne pogodbe je po mojem vedenju pomemben le osnovni vzrok smrti.

Predlog spremembe: Besedi »in osnovni« v 21. členu naj se izpustita. V 26. členu se besedilo tretje alineje zapiše tako: »V zvezi z drugimi pogodb-

bami, kjer je njihova uresničitev lahko odvisna od vzroka smrti pogodbene stranke, se pri smrti pacienta, ki je nastopila kot posledica postopka uveljavljanja pravice do PPKŽ, kot osnovni vzrok smrti šteje huda neozdravljiva bolezen ali druga huda trajna okvara zdravja iz 1. točke prvega odstavka 6. člena tega zakona.«

Priloge

Po besedilu samega zakona in po obrazložitvi posameznih členov so v prilogah predstavljeni tudi obrazci. V ostale podrobnosti se ne bom spuščal, moti pa me, da se pri navedbi lečečega zdravnika zahteva tudi podatek o zdravnikovem EMŠO, naslovu stalnega prebivališča in telefonski številki. Gre za zasebne podatke, ki ne sodijo v to dokumentacijo.

Zaključek

V uvodu sem zapisal, da tokrat ne bom odpiral načelnih vprašanj in ne bom ponavljal, zakaj mnogi zdravniki odklanjamo evtanazijo in tudi pomoč pri prostovoljnem končanju življenja. Podporniki zakona se opirajo na pravico, da vsakdo sam odloča tudi o svoji smrti, in poudarjajo, da moramo spoštovati bolnikovo avtonomijo. Za nasprotnike evtanazije in pomoči pri končanju življenja je avtonomija hudo bolnega hudo omejena, proti aktivnemu pospeševanju smrti pa navajajo tudi svetost človekovega življenja in poslanstvo zdravnika. Naj bo zakon sprejet ali ne, etične dileme bodo ostale in te načelne razprave ne bomo pripeljali do splošnega soglasja.

Zdi se, da ne moremo preprečiti sprejema zakona. Upam, da bo zakonodajalec premogel toliko modrosti, da bo zakon v končni podobi sprejemljivejši. Upam tudi, da bodo na Ministrstvu za zdravje uvideli, da je izvajanje tega zakona nujno povezano z bistvenim izboljšanjem in boljšo dostopnostjo paliativne obravnave. Prav tako morajo biti obiski pri psihiatru brez odlašanja na voljo vsem pomoči potrebnim in ne le osebam, ki zahtevajo pomoč pri samoumrtitvi. Če ne bo na teh dveh področjih ministrstvo naredilo odločnih korakov, potem bomo res lahko rekli, da je prevladala kultura smrti.

Prof. dr. Matjaž Zwitter,
dr. med., Ljubljana,
matjaz.zwitter@guest.arnes.si

Zgodovina zdravstva in medicine na Slovenskem I–V

»Spomenik slovenske medicine« (akad. prof. dr. Blaž Rozman)

Cenjeni in dragi kolegi zdravniki in zobozdravniki!

Izšla je 4. knjiga monografije Zgodovina zdravstva in medicine na Slovenskem, ki prinaša **razvoj interne medicine, urgentne medicine in nujne medicinske pomoči, paliativne oskrbe, klinične prehrane in klinične genetike**. Hvala vsem, ki ste pomagali z dokumentacijo in slikovnim gradivom.

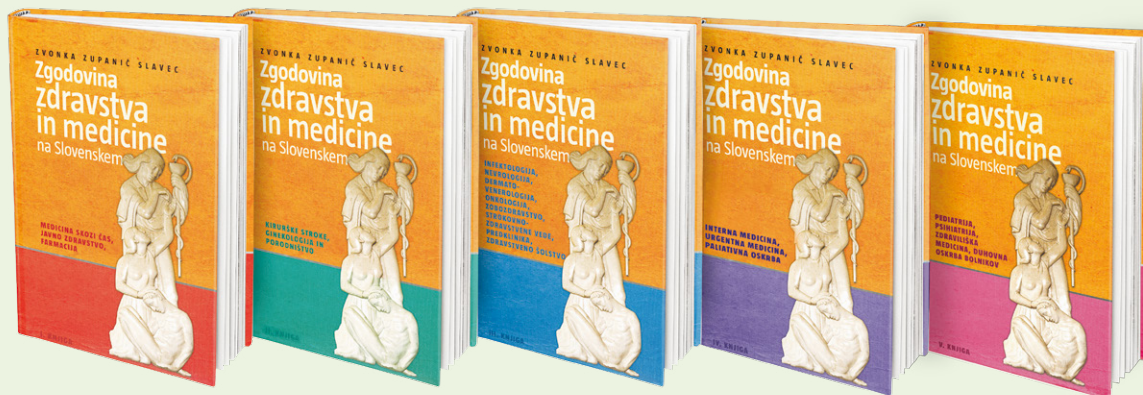
Pred nami je le še izid **5. knjige**, ki prinaša **razvoj pediatrije, psihiatrije, zdraviliške medicine, duhovne oskrbe bolnikov in še kaj**.

Prijazno vas vabimo k sodelovanju, če imate kakšne pomembne strokovne vire, zapisa vre-

dne anekdote, slikovno gradivo in podobno za navedena področja. Skupaj ohranjajmo našo razvojno pot, ki na vsakem koraku temelji na delih naših predhodnikov, učiteljev, vzgojiteljev, vzornikov ...

S hvaležnostjo pričakujemo Vaš odziv. Skupaj zmoremo ohraniti zahtevno in dragoceno delo ter izjemno predanost zdravništva svojemu poslanstvu za sedanje in prihodnje rodove.

Avtorica: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.;
Inštitut za zgodovino medicine MF UL
Zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si; 041 327 935



Knjižni peterček zgodovinsko-medicinske enciklopedije na okoli 3000 straneh z ok. 7000 slikovnimi prilogami je spomenik predanega dela množice nosilcev medicinsko-humanističnega poslanstva zdravništva pri nas. Delo kaže na kompleksnost razvoja zdravstva in medicine ter na njuno tesno povezanost z družbo.

Tuji bolniki v hrvaških ambulantah

Anton Mesec

Po uradnih podatkih je na Hrvaškem trenutno zaposlenih 120.000 tujih delavcev, ki jim pripadajo tudi vse pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja. Predsednica Odbora za primarno zdravstveno zaščito pri Hrvaški zdravniški zbornici je opozorila na probleme sporazumevanja pri njihovi obravnavi. Zaradi pomanjkljivih podatkov so lahko ogroženi bolniki in večja je verjetnost strokovnih napak – z vsemi posledicami za izvajalce. Dosedanje dogovarjanje med zdravstvenimi institucijami in ministrstvi ni pripeljalo do izboljšanja. Ideje so iskali v ureditvah druge, npr. v Veliki Britaniji, in ugotovili, da enostavno prenašanje iz drugih sistemov ni smiselno. Avtorica prispevka meni, da so vroč krompir potisnili pod preprogo, saj je že nekaj časa vse tiho. V imenu omenjenega odbora pri zbornici zato ponovno opozarja na nerešene probleme in zahteva navodila, kako zagotoviti varno obravnavo tujih bolnikov.

Nerešeno ostaja vprašanje prisotnosti bolnikovega delodajalca pri pregledu – kar je praviloma nesporemljivo – in nepreverjena je tudi njegova prevajalska pomoč. Pogoste neznanke so precejšnja obremenitev družini in endemske bolezni v njihovih državah. Hrvaški zdravniki na primarni ravni se zato še naprej otepajo vpisovanja tujcev, saj menijo, delajo na minskem polju. (Kako domača nam postaja vojna terminologija!)

Komentar: Pri nas je problem komunikacije s tujimi bolniki manjši, a ni zanemarljiv. Ob napovedanih potrebah po delovni sili bodo težave pri sporazumevanju vse bolj aktualne. Naš »jugoesperanto« kmalu ne bo več zadostoval, saj bodo delavci prihajali tudi iz bolj oddaljenih krajev, od nemirnega bližnjega vzhoda vse do Filipinov.

Vir: *Liječničke novine* 234, november 2024

Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., Ljubljana,
antonmesec@gmail.com

Praktično dnevno: Docela normalna norost v praksi. A nič normalen delovni teden

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Petek popoldne. Čepim v ordinaciji in hitim, da dokončam še vso pisarniško ropotijo. Po okenskih šipah škrebajo dežne kaplje, sicer pa vladata mir in tišina. Tišina po viharju. Bil je dober delovni teden. Na dnevnem seznamu ni bilo nikoli več kot 100 pacientov. Nismo imeli težav z računalniki, nobenih hudih nujnih primerov in nihče se ni poscal križem kražem po stranišču. Večina pacientov se je pred pregledom še nekako umila in večinoma so bili še kar znosni. Med delom sem imela celo nekaj časa za daljše pogovore. Čas, da sem poslušala skrbi in stiske pacientov. In tudi čas, da sem ljudi pošiljala na prave naslove. »Tu boste na varnem, pri

njem sem vam zagotovila termin za pregled, je super gastroenterolog in nekako moj zgled, kakšen mora biti zdravnik.« Ali: »Tja se lahko podate brez problemov. Je vrhunska zobozdravnica in dobro razume. Je pa tudi moja sestrična.« Ali: »Tej odvetnici lahko zaupate, saj je moja najboljša prijateljica in jaz sem botra njenemu otroku. Je skoraj članica družine.« Čudno, da se v teh časih, ko si vsi prizadevamo, da bi umetni inteligenci predali vse več organizacijskih in terapevtskih problemov, ljudje sprostijo in zaupno smehljajo, če jim povemo tole: »To so moji prijatelji, so kot člani moje družine, delajo tako, kot delamo pri nas, za vas bodo dobro poskrbeli.« Vrh tega smo se skozi ta teden prebili brez prevelikega števila nadur. Najboljše pa je tole: Nikoli mi ni postalo slabo zaradi

nenehnega stresa, preživela sem brez tahikardij in migrene. Poleg tega mi je enkrat uspelo iti s sodelavci na pico!

Pravzaprav je žalostno, da je zgoraj opisani teden nekaj posebnega. V resnici je docela noro, da kar sprejemam, da imam za svoje paciente premalo časa, in da sprejemam, da mi v ordinacijo nagnetejo še več ljudi, da mi zmanjkuje sape in da mi gre na bruhanje. Da delam tako dolgo, da se priplazim domov z glavobolom in z bolečim hrbtom ter – namesto da bi se srečala s prijatelji

ali šla v kino – končam izčrpana v postelji. In da je moja edina pristočasna dejavnost to, da redno hodim k svoji psihoterapevtki. Pred nedavnim sem se pogovarjala s prijateljem, zdravnikom za nos, ušesa in grlo, ki se je zaradi naraščajočega števila pacientov in naraščajočih zahtev zgaral že do konca. »A kaj mi je storiti?« me je obupano vprašal. »Menim, da bi bilo najbolje, če bi midva poiskala najboljšega tridesetletnika in ga zaprosila, da bi nama kaj povedal o *work-life balance!*«

Vir: *AERZTE Steiermark*, oktober 2024, redna kolumna

Opomba: Dr. Ulrike Stelzl, avtorica zapisa zgoraj, je »niedergerlassene Ärztin« (družinska zdravnica) v Gradcu in redna kolumnistka v časopisu *AERZTE Steiermark*. Slovenski bralki ali bralcu nujno svetujem, naj prebere njen življenjepis (<https://www.diehausarztin.at/ich.html>) in si ogleda njeno domačo stran.

Zdravnice in zdravniki za nočno delo ter delo čez vikend

Prevod: Marjan Kordaš

O naši kliniki: Zasebna klinika *Kastanienhof* zahodno od Gradca se zavzema za interdisciplinaren ter celosten (»od glave do nog«) medicinski koncept obravnave. Ko gre za oskrbo naših pacientov, si vselej postavljamo visoke standarde.

Predpostavke (predpogoji, *Voraussetzungen*): Zaključili ste študij medicine ter imate *Jus practici* (licenco). Vrh tega imate diplomu zdravnika za urgentno medicino.

Shema dohodkov za zdravniške specialiste: Ta shema se oblikuje glede na stopnjo izobrazbe ter obliko (vrsto) dela (službe, dežurstva, *Dienst*), bodisi med delovnikom med tednom, ob koncu tedna (vikend), na praznik itn.:

od ponedeljka do petka
od 15.00 do 8.00 EUR 525.00
sobota
od 8.00 do 8.00 EUR 740.00
nedelja, praznik
od 8.00 do 8.00 EUR 825.00

Kaj vam lahko ponudimo: Kot majhna zasebna klinika s 45 posteljami – v primerjavi z veliko bolnišnico – našim zdravnicam in zdravnikom poleg jasnega dela brez stresov ponujamo veliko prožnost pri (raz)delitvi dela, možnost sodelovanja pri izobraževanju, brezplačno mesto za parkiranje, izvrstno prehrano (med delom), predvsem pa kolegialno, domače okolje, v katerem si lahko privoščite (dovolj) čas(a) za svoje paciente.

Eno, dve ali več dežurstev na mesec – mi smo prožni.

Prijave, prosimo, pošljite na naslov spodaj:

XY
Privatklinik Kastanienhof GmbH

Vir: *AERZTE Steiermark*, november 2024

Opomba: Na tej zasebni kliniki dela 14 zdravnic in zdravnikov, težišče je na dermatologiji, interni medicini, nevrologiji, ortopediji z zdravljenjem bolečine, psihiatriji ter dodatni ponudbi (fizioterapija, masaža,

psihoterapija, joga itn.). Kazuistika je omejena. Številke, ki štrlijo iz ponudbe, so velike le na videz. Na domači strani te zasebne klinike je na voljo še množica drugih podatkov, ki jih je mogoče razumeti tako ali drugače. Npr. plača zdravnice/-ka začetnice/-ka je najmanj 4.995,00 EUR/mesec, od nje(ga) se pa pričakuje pripravljenost za dežurstvo, ki je plačano posebej, kot je navedeno zgoraj.

Oglas je suhoparen in takšen je tudi moj prevod. Oglas je mogoče razumeti kot možnost načina dela zdravnice oz. zdravnika, ki se usmeri (predvsem) v izboljšanje kakovosti svojega (nemedicinskega) življenja. Za nujen garaški del zdravniškega poklica (dežurstvo do 24 ur, deloma ponoči) so na voljo začetnice/-ki oz. delovna sila, ki v to privoli. Kaj je tu dobro, prav in pravično, je mogoče razpravljati.

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš,
dr. med., Ljubljana,
marjan.kordas@mff.uni-lj.si

Komentar k zapisom

Isis, februar 2025, št. 2

Barbara Podnar

Str. 3, Uvodnik: Uvodnik se me je dotaknil, ker je napisan v mladostnem, nekako iskrenoverujočem slogu človeka, ki se zaveda resničnosti, pa ob tem ne izgubi vere v svoje prepričanje in upanja, da bo kdaj tako, kot mora biti.

Str. 8, K naslovnici: Zanimivo je, kako so epidemio- loški možgani drugačni od kliničnih. Sinergija obeh ima ravno tako svoje prednosti, kot ima ignoranca enih ali drugih slabosti.

Str. 14, Zakaj na Nizozemskem ni ljudi brez osebnega zdravnika: Komentar ni potreben. Zakaj pri nas ni politične volje za spremeniti kaj res na bolje, je drugo vprašanje.

Str. 28, Ob novi verziji predloga ZPPKŽ: Najprej dostopnost obravnave pri ustreznem strokovnjaku za duševno zdravje, najprej dostopnost do blagodatni socialne države, najprej dostopnost do paliativne oskrbe!

Str. 32, Iz Evrope – Praktično dnevno: Docela normalna norost v praksi: Zdravniki včasih tudi mislimo, da če nismo iz ambulante prišli z migreno ali

slabostjo ali druge vrste izčrpanostjo, da nismo zares delali. Ne razumem, kako lahko normaliziramo oz. kot normalne sprejemamo pogovore, v katerih se kolegi kolegom hvalijo, kdo je delal predolgo ali še več ali kljub bolj slabemu svojemu zdravstvenemu stanju.

Str. 34, Isis 2025, št. 1, komentar: Zanimiv zapis. Želela sem ga na kratko komentirati, pa se je »komentar« razrasel preko okvirjev tele male rubrike. Kdaj drugič! ©

Str. 36, Nikoli obupati: »Nisem smela dopustiti površnosti, malomarnosti, neznanja. Zame ni bilo izgovorov, da ne vem, ne morem, ne znam. Človekovo življenje je bilo odvisno od nas.« – Tole je kot ideal zdravniške službe. Ne službe, poslanstva.

Str. 42, Le kakšna bo prihodnost plomb v Sloveniji po obdobju čebeljega voska in amalgama?: Zadnji odstavek pove vse. (Zobo)zdravniki smo tisti, ki se moramo boriti za pravilne strokovne odločitve, ker smo le mi tisti, ki smo opolnomočeni z ustreznim znanjem.

Str. 81, Zavodnik: Idilično branje!

Dr. Barbara Podnar, dr. med., spec. oftalmologije,
barbara.podnar@gmail.com

Isis 2025, št. 1, komentar¹

Marjan Kordaš

Ta številka naše revije me je presenetila. Ne le posamezni članki, temveč nekakšno skupno sporočilo, ki se vleče od zavodnika prek zapisov o doktoratu v »starih časih«, zdravniški empatiji, strokovnega koticčka prof. Tomažiča, intervjuja s prof. Battelinom in prof. Dovčem in se konča pri uvodniku doc. Pokorna. Naj citiram zadnji odstavek: »Če bo odziv na uvedbo cepljenja protinoricam dober, se nam z noricami in njihovimi zapleti ne bo treba več ukvarjati. Norost sodobne družbe v vseh svojih razsežnostih pa bo ostala. Bojim se, da zanjo cepiva še lep čas ne bo.«

¹ Komentar ni dosledno *ad rem*, ker imam hkrati v mislih tudi Dovčev doktorat. Ki ga je vredno vsaj prelistati in si ogledati slike, končno pa na začetku poglavja *Discussion* prebrati odstavek *Contribution to Science*.

Ker pa hočem biti kratek, se v zapisu spodaj omejujem le na intervju ter na zavodnik.

Našo revijo vedno berem od konca proti začetku. Tokrat kot (intelektualni) razvoj zdravnika. Zavodnik izvrstno opisuje njegovo nekakšno fetalno življenje (medicinke oz. medicince) v razmerah nizkega arterijskega pO₂, še nerazvityh možganov itn. Kjer so – protislovno – v ospredju nekakšne duševne bolečine ter dvomi o vsebini zdravnikovega znanja. Kjer se študent(ka) sploh ne zaveda, da nima znanja, ki takšno presojo omogoča.

Če sem se v preteklosti znašel pred vprašanjem, kaj je *znanje*, sem navadno citiral visokošolsko didaktiko ter vsaj nekaj taksonomskih ravni (stopenj), npr. takole: **znanje, razume-**

vanje, uporaba, analiza, sinteza, evalvacija ter na izbranem primeru pokazal uporabo. Po moji oceni je izpit (v klasični obliki, *coram publico*, pa vendar med štirimi očmi) edina možnost za oceno znanja, ki utegne biti hkrati tudi odraz (intrinzične) motivacije za študij (medicine). Ko sem se nekoč sredi 80. let lotil analize oblike izpitov na medicinskih fakultetah (šolah) po Zahodni Evropi in ZDA, sem v ospredje postavil obliko izpita na Medical School University of Newcastle (Anglija): a) MCQ za tisto, kar mora študent znati na pamet, b) trije eseji, ki jih študent izbere med šestimi naslovi, ter c) ustni govor.²

Zame je bilo vedno pomembno le znanje; vedno ga je premalo. Ocene so me skrbele le v dveh obdobjih. Najprej (1938–45) v osnovni šoli ter v začetnih razredih nemške srednje šole. Potem pa (1950–52) na MF Ljubljana, a samo v 1. in 2. letniku, ko je šlo za *biti ali ne biti*. Kruto družbeno vzdušje, ki je takrat vedno grozilo s palico, se je do danes prevesilo v nasprotno skrajnost, božanje ali ujčkanje. V permisivnost, opisano v zavodniku. Družbena norost, proti kateri ni cepiva!

Naslovnica je imenitna, skoraj uvod v intervju. Ko jo bralec zagleda, se – docela sodobno – skoraj sliši glas iz mobilnega telefona z navodilom: »Za nadzor glukoze v Vaši krvi pritisnite tipko Ctrl!« In zadeva je urejena, čeprav vemo, da – ni.

Intervju k naslovnici pa je nasprotje zavodnika. Nasproti fetusu (iz zavodnika) stojijo trije *narejeni* zdravniki. Ki so se očitno znali izogniti permisivnosti.

Dober intervju. Dobra vprašanja in dobri odgovori tvorijo celoto. Nič dodati, nič odvzeti. Primerjati s prizadevanji nove rektorice Medicinske univerze v Gradcu (ISIS, 2024, št. 5, str. 36–37).

Vrh tega sta mene pritegnila dva vidika.

Prvi vidik, avtorstvo poglavja v učbeniku »Williams«. Namesto kakega formalnega slavospeva naj bralce naše revije še enkrat opozorim na branje intervjuja. Da se v avtorstvu takšnega poglavja pokaže celotna anamneza obeh zdravnikov. Spominjam se, da se je v zgodnjih 60. letih v podobni vlogi znašel AOŽ, a je ni uresničil. Iz naslednjih desetletij se spominjam dveh podobnih vlog, ki sta pa bili uresničeni. Zdi se mi, da bo ta, tretja uresničena vloga, v kateri sta se znašla Battelino in Dovč, zagotovo najbolj odmevna.

Drugi vidik je klinična uporaba negativne povratne zveze (*negative feed-back loop*). V nevrofiziologiji (kot metodo *voltage-clamp*) sta jo leta 1950 uvedla Hodgkin in Huxley. Z mikroelektrodno različico te metode sem sam začel leta 1965 oz. 1966 ter doživljal vse njene čare in prekletstva. A. C. Guyton je bil eden prvih, ki je opozoril, da pravzaprav vsa homeostaza temelji na negativni povratni zvezi. Da je ideal t. i. *kritično dušenje*, poguba pa t. i. *podkritično oz. nadkritično dušenje*. Po domače: odgovor je *pravočasen*, odgovor *zamuja*, odgovor *prehitveva* (motnjo). Slednje se v humani patologiji včasih pokaže npr. s pogubnim periodičnim (Cheyne-Stokes) nihanjem ventilacije pljuč, *signum mali ominis*. Ali v normalnih razmerah npr. z nihanjem (oz. iznihanjem) koncentracije glukoze pri klasičnem *tolerančnem testu za glukozo*.

Se pravi, v intervjuju gre za opis kliničnega raziskovalnega dela: preverjanje sistema CGM (Continuous Glucose Monitoring). Vprašanje: ali umetna insulinska črpalka zmore (zna?) pri pacientih z diabetesom tipa 1 uskladiti kinetiko dobave glukoze (goriva) s porabo (slike 1–3, glej tudi Dovčev doktorat).

Trenutno najboljšo rešitev kaže slika 3 (str. 9). Zaporedje drobcenih bolusov (tokovnih sunkov) insulina, ki jih krmili ne le koncentracija glukoze (G), temveč tudi naklon

(dG/dt). Pri prvem valu glukoze je pogostnost in amplituda bolusov drugačna kot pri drugem. A valovi glukoze so časovno usklajeni z dobavo insulina. Vse to seveda v odvisnosti od učinkovitosti delovanja insulina (*dose-response*) in razpolovnega časa ($t_{1/2}$) odstranjevanja oz. razgradnje insulina ter morda še drugih dejavnikov.

Se pravi, intervju, ki so ga pripravili prof. Ihan, prof. Battelino in prof. Dovč, po moji presoji ni le dobro sporočilo zdravnikom ter pacientom z diabetesom tipa 1 (morda tudi tipa 2), temveč tudi (ali celo predvsem) študentkam in študentom MF. Kako pomembna je teorija iz predklinike v praksi, v klinični medicini – pa naj gre za vezavo virusa ali glukoze na receptor ter nadaljnji transport. Kako pomembna je kinetika fizioloških procesov. Da ima diferencialna enačba, ki v biokemiji popisuje zakonitosti procesov I. reda, skoraj univerzalno veljavnost. Kar se v vsakdanjem življenju najbolje vidi ne le v športu (npr. Roglič, Pogačar, Dončić), temveč, žal, tudi v človeškem trpljenju. In tu je zdravnik tisti, ki lahko naredi mnogo – ali celo največ.

Tudi z empatijo. Ki pa ne temelji na papagajstvu, temveč na znanju!

Sapineti sat! Bedakom, ki prisegajo na permisivnost, pa ni pomoči!

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš,
dr. med., Ljubljana,
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

² Znano je, da je šolnina tisti praktični dejavnik, ki najbolj(e) zagotavlja motivacijo. Znano je tudi, kako razne univerze ob tem rešujejo (ne)pravičnost ter vse ostalo, kar sledi iz tega.

Nikoli obupati!

Doc. dr. Vojka Gorjup »od zibelj do groba« predana intenzivni medicini

Zvonka Zupanič Slavec

Intenzivna enota, piskanje vseh mogočih aparatov, neslišno delo številnih strokovnjakov, bodrilne besede medicinskih sester, zmage in porazi, povrnjena in izgubljena življenja, hazard s smrtjo in pogum iztrgati človeško življenje iz njenih kreppljev.

Trdna odločitev pomagati bolnikom je prim. doc. dr. Vojko Gorjup na ljubljanskem kliničnem oddelku za intenzivno interno medicino (KOIIM) vodila praktično skozi vse profesionalno življenje, v katerem je ob težkih bolnikih spoznala vse: od brezupa do upa, od strahu do poguma, od nemoči do boja proti porazu, predvsem pa nepredajanje v najtežjih situacijah. Zato je tudi prevzela uvajanje programa zunajtelesne membranske oksigenacije (ECMO), s katerim letno zdravijo okoli 30 bolnikov in 30–40 % izmed njih rešijo življenje.

50 let KOIIM UKC Ljubljana (ustanovljen 1973) je pravi trenutek, da se spoznamo z življenjsko potjo docentke intenzivne medicine, ki je svoje presežno znanje in globoka humanistična hotenja posvetila kritično bolnim.

Odločitev za medicino je kot skok v vodo. Ko se odločiš, moraš plavati ne glede na tok. Kako je bilo pri vas?

Medicina je veda, ki me je očarala že kot otroka. Moja varuška je imela hudo kadilsko okvaro pljuč, težko je dihala. Zelo mi je bilo težko. Rekla sem ji: »Ko bom velika, bom zdravnica in ti bom pomagala ...«

Želja, postati zdravnica, pomagati težko bolnim, je rastle z mano. Utrdila se je v srednji šoli in ko sem naredila sprejemni izpit na medicino, sem bila presrečna. Študij ni bil enostaven. Hitro sem imela družino, dva otroka. Narodna in univerzitetna knjižnica (NUK) je postala moj drugi dom, tam sem se pripravljala na vse izpite od 4. letnika dalje. Popoldne in zvečer sem bila mamica, ponoči pa sem se učila. Bilo je težko, naporno, vendar druge poti ni bilo.

Po diplomi je bilo moje prvo delovno mesto v splošni ambulanti. Pestro delo družinskega zdravnika, od pediatričnih bolnikov do mrliških ogledov. Specializacija iz interne medicine ni bila prva izbira, raje bi ostala v osnovnem zdravstvu. A življenje me je peljalo po drugi poti. Vedno sem se želela naučiti in delati več in več. Eno leto po opravljenem specialističnem izpitu me je sodelavka opozorila na razpis prostega delovnega mesta v Centru za intenzivno interno medicino (CIIM) v UKC Ljubljana (UKCL). Sprejeli so me.



Vojka s svojo družino: tremi odraslimi sinovi in štirimi vnuki. Sami fantje!

Je v intenzivni medicini zdravnica enako dobrodošla kot zdravnik? Je njen pogum zadosten za vse mogoče težke situacije?

Po pogovoru s prof. Horvatom in mag. Bručanom me je prvič postalo strah. Sem res sposobna delati z najtežjimi bolniki? Bom zmogla? Tisoč vprašanj. En sam odgovor. Boš, tega si želiš. Takrat si seveda nisem niti predstavljala, kaj vse me čaka. Ne samo ogromno učenja, teoretičnega pridobivanja znanja, ampak predvsem vsakodnevno delo s težkimi bolniki. Vedno

nove aparature. Nove raziskave in dognanja. In na prvem mestu **odgovornost!** Odgovornost za človeško življenje. Ni bilo popuščanja, ni bilo priznavanja utrujenosti ... Najtežji je bil občutek nemoči, ko je bolnik kljub vsem naporom celotne ekipe umrl. Umiranje je bilo neizogibno dejstvo. Življenje je kot daljica. Začne se z veseljem ob rojstvu in konča z žalostjo ob smrti. Težko je bilo svojem povedati, da njihovem dragemu ne moremo pomagati, da bo umrl. Vsak dan znova, z istimi, podobnimi besedami, stavki ... Vse do trenutka, ko so rekli: »Samo da ga ne bo bolelo.« Ja, to smo lahko obljubili. Zato smo bili tam, zanje, da smo njihovo življenje pripeljali k humanemu koncu. V takih trenutkih sem se še bolj zavedala, da sem lahko ponosna, da sem zdravnica. In seveda na drugi strani sreča, ko je preživel bolnik, ki je imel zelo slabo prognozo. Protiutež vsem neprespanim nočem, protiutež strahu, nemoči.

Kako delovni pogoji vplivajo na zdravnikovo delo, njegov optimizem, njegovo srečevanje s stiskami, njegovo gledanje na hipokratični etos? Je kaj prostora za polovičarstvo na ta račun ali gre za brezkompromisnost?

Naučila sem se **nikoli obupati**. Obupati nismo smeli niti takrat, ko smo zaradi težkih delovnih pogojev, predvsem neustreznih prostorov in premalo bolniških postelj, naleteli na gluha ušesa tako v UKCL kot tudi pri politiki. Posledice so doletele bolnike. Predvsem nas je bolel prenos okužb z bolnika na bolnika, nezmožnost izolacije. Ko sem se javno izpostavila zaradi nemogočih razmer, v katerih je delal naš oddelek, sem bila klicana na zagovor tako na ministrstvo za zdravje kot k strokovnemu direktorju UKCL. Žal se je ozračje samo razburkalo, prostori so ostajali isti. Kam je šel ves denar, ki je bil namenjen izgradnji novih intenzivnih enot? Tri enote intenzivne medicine v UKCL še danes delajo v prirejenih prostorih.

Veljala sem za strogo, pogosto ostro zdravnico. Nihče pa ni vedel,



Helikopterski transport ECMO 2016

kaj se je dogajalo v meni, kako zelo me je skrbelo za bolnike. Nisem smela dopustiti površnosti, malomarnosti, neznanja. Zame ni bilo izgovorov, da ne vem, ne morem, ne znam. Človekovo življenje je bilo odvisno od nas.

Ali intenzivist res potrebuje doktorat in rehabilitacijo? Ni dovolj biti odličen klinik in humanist do skrajnih meja?

Ob vsem delu z bolniki je bilo potrebno tudi lastno strokovno izobraževanje. Pravzaprav je šlo oboje z roko v roki. Najprej vpis na magistrski študij, potem še na doktorski. Brez tega v UKC praktično ne moreš delati. Vzelo mi je kar nekaj časa, ki sem ga hote ali nehote morala odtrgati svojim trem otrokom. Pogosto mi je bilo hudo, sedela sem v sobi pred knjigo, z mislimi pa sem bila z družino, ki je morala na izlet, da niso motili mamiče, ki je študirala. Groza, kaj vse človek žrtvuje za službo, za medicino! Še danes se včasih vprašam, ali je bilo res nujno. Časa žal ne morem vrniti nazaj, pa niti nisem prepričana, da bi danes naredila karkoli drugače. Kljub mojim številnim zaposlitvam, odsotnostim so fantje odrasli v zrele, samostojne moške, imajo družine in ponosna sem nanje. Vnuki so moji sončki.

Biti učitelj je vrhunsko poslanstvo, ker najboljše, kar znaš in zmoreš, prenašaš naprej.

Poleg dela z bolniki in lastnega izpopolnjevanja je bilo moje najljubše delo izobraževanje študentov, mladih zdravnikov, specializantov. Rada in brez zadržkov sem svoje znanje podajala mladim. Posebej vesela sem bila vsakega posameznika, ki je pokazal zanimanje za bolnika, za intenzivno medicino. S kolegi smo pripravili program specializacije iz intenzivne medicine, ene najmlajših medicinskih strok v svetu, in kar osem let sem bila nacionalna koordinatorica te specializacije. V začetku je bilo čutiti upor v nekaterih zdravniških vrstah, z besedami, da te specializacije ne potrebujejo. Ampak kot vedno sem si rekla, vsak začetek je težak, saj bo šlo. In res je bilo tako. Danes imamo v Sloveniji ustrezno število specialistov intenzivistov, ki delajo visoko strokovno s kritično obolelimi bolniki.

Nenehno razdajanje, in to na vseh področjih, v službi ob petkih in svetkih, ogromno ponoči in v hudo stresnih situacijah, doma ob štirih »fantih« in še kje ... Saj to je kot recept za krajšanje življenja, klicanje bolezni, izgorelosti, duševnih stisk ... Kako to preprečiti, če se sploh da?

Pogosto so me spraševali, kako zmorem tako službo, nočne, kako premagujem stresa. Saj gre, je bil odgovor. Že kot otrok sem se ukvarjala s športom, gimnastiko. In šport, rekreacija, me spremlja celo življenje. Ves čas mojega aktivnega dela je bila to protiutež težkemu delu. Narava, hribovi, tek, kolesarjenje poleti, pozimi smučanje in še kaj bi se našlo – vse to mi je razbremenilo možgane in mi dalo novega zagona. Ja, in potovanja, odkrivanje sveta, predvsem nerazvitih delov, mi je dalo nov vpogled v življenje in me pogosto postavilo na trda tla; saj nam ni tako slabo. Na enem od potovanj sva z možem zašla v bolnišnico. K meni je pristopil možki in me prosil, če pogledam njegovega otroka. Otrok je umiral. Ko sem v obupu vprašala, kje je zdravnik, so mi rekli, da mogoče pride jutri. Jutri je bilo za

otroka prepozno. Že včeraj je bilo zanj prepozno ...

Vse to dolgoletno delo je naposled zahtevalo svoj davek. Stalo me je precej, tudi mojega zdravja. In sem se zlomila. **Dvakrat mi je telo reklo, da se ne gre več.** Prvič, rak dojke. Šok! Nikoli ne bom pozabila kolegov, ki so mi v tistih trenutkih stali ob strani in mi pomagali, da je zdravljenje potekalo hitro, brez zapletov. In sem ga premagala. Drugič, najhujša preizkušnja v mojem življenju. Dve leti uvajanja nove metode dela (ECMO) na oddelek, pomoč kolegom, če je bil na oddelku bolnik, ki je potreboval tako zdravljenje, klici ponoči, ure, prespane na transportnem vozičku na oddelku, so zahtevali svoj davek. **Guillain-Barrejev sindrom, najhujša oblika.** V treh dneh sem bila hroma. Ležala sem na oddelku, kjer sem še pred nekaj dnevi delala kot zdravnica. Popolnoma nemočna, v vsem odvisna od sester, zdravnikov. **Strah! Bom še kdaj hodila?** Pri polni zavesti. S hudimi bolečinami, ki so zahtevale vedno višje odmerke analgetikov, tudi morfinskih, sedativov. Vsaka minuta, ki je minila in sem jo sledila na uri na steni, mi je govorila, ali je minilo že dovolj časa, da lahko spet prosim sestre, da me obrnejo. Res je bolelo in bolečina uničuje. Pridružilo se je dušenje, potrebovala sem pomoč pri dihanju. Kolegi zdravniki so se ves čas neizmerno trudili. Predvsem pa sem v najtežjih trenutkih potrebovala sestrskeske roke, spodbudne besede ... Tri mesece intenzivne enote, tri mesece bolnišnične rehabilitacije v Soči in nato še več kot pol leta različnih oblik rehabilitacije me je postavilo na lastne noge. In seveda moja trma, trdna volja in želja po življenju. Po 15 mesecih sem se lahko vrnila na delo. Za vse sem neizmerno hvaležna celotnemu kolektivu CIIM-a. Brez njih danes ne bi bila povsem zdrava. Pravijo, da so najtežjih preizkušenj v življenju deležni le najmočnejši. Prav. Predvsem vem, da ni problem, če padeš, se zlomiš, **pomembno je, da se znaš pobrati in greš naprej.**

Kako pa na to strašno ceno gledajo kolegi, mladi zdravniki, ki prihajajo? Jih prestraši? Odhajajo? So pripravljeni plačati takšno ceno? Koliko jih je v vašem času odšlo? Koliko za vedno? Kljub vsemu zdravnik nikoli ne bi smel izgoreti ali izgubiti lastnega življenja, da reši življenja drugim. Samoohranitveni nagon pa tudi varovalke bi morale biti postavljene tako, da do tega ne bi prihajalo.

Danes sem v pokoju. Dve leti. Še vedno rada delam, sedaj ambulantno delo. Medicina me še vedno zanima, privlači, skušam slediti novostim in ne pozabiti že znanega, naučenega. Imam pa sedaj več časa zase, za branje knjig, druženje s prijatelji. Veliko časa lahko preživim z družino, sinovi, vnuki. Novi izzivi. Narava, hoja, kolesarjenje, potovanja so ostali moj življenjski slog. Brez tega ne gre. Tudi za premagovanje vsakodnevnih stresov.

Upam, da bodo tisti, ki so za to odgovorni in imajo možnosti, spoznali, kako pomembni so človeško življenje, zdravje, možnosti zdravljenja in rehabilitacije. Še posebej vsem, ki delajo v intenzivnih enotah, želim, da bi delali v za to primernih, modernih prostorih, kjer bo dovolj kadra, opreme. Ker samo tako bo preživel več Nuš, Tadej, Viktorij ...

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Medicinska fakulteta UL,
Inštitut za zgodovino medicine,
zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si



Vojka nima ne hčere ne vnučke, ampak sedem fantov! A za drugo mamo jo je vzela takrat 25-letna Nuša, nad katero je Vojka mesece bedela, ko je bila v komatoznem stanju. Nuša je leta 2021 »vstala od mrtvih« in od takrat praznuje še en rojstni dan, Vojka pa je bila povabljen tudi na njeno poroko. Sama je brezmejno ponosna na neprecenljivo delo v intenzivnih enotah in ničesar ne obžaluje.

Priporočila za zdravljenje hude zunajbolnišnične pljučnice z glukokortikoidi

Milica Lukić, Vladimir Dimitrić, Matevž Harlander, Matjaž Jereb, Mitja Košnik, Katarina Osolnik, Matjaž Turel, Tomaž Vovko

Z dokumentom želimo povzeti dosedanja spoznanja in obstoječa priporočila o zdravljenju hude zunajbolnišnične pljučnice z glukokortikoidi ter jih umestiti v slovensko klinično prakso. Namen dokumenta je zagotoviti čim bolj poenoten pristop k obravnavi bolnikov s hudo zunajbolnišnično pljučnico.

Uvod

Zunajbolnišnična pljučnica (ZBP) je akutna okužba pljučnega parenhima pri imunsko zdravi osebi, katere simptomi in znaki se pojavijo v zunajbolnišničnem okolju ali v prvih 48 urah od sprejema v bolnišnico (1). Ocene kažejo, da kar 40 % bolnikov z ZBP potrebuje hospitalizacijo, 5 % hospitaliziranih pa zaradi hude oblike ZBP potrebuje intenzivno zdravljenje (2). Kljub napredku na področju intenzivnega zdravljenja ostaja smrtnost bolnikov s hudo ZBP izjemno visoka in je za več kot 20 % višja kot pri bolnikih, ki intenzivnega zdravljenja ne potrebujejo (3). Visoka smrtnost bolnikov s hudo obliko ZBP je lahko povezana s hudim, neuravnoteženim vnetnim odzivom, ki povzroči dodatno okvaro pljuč in drugih organov.

Glukokortikoidi so zdravila z močnim protivnetnim in imunomodulatornim delovanjem, ki se lahko uporabljajo za adjuvantno zdravljenje hude ZBP. V zadnjem desetletju so manjše kontrolirane randomizirane raziskave podale nasprotujoče si rezultate o vplivu tovrstnega zdravljenja na preživetje in druge klinične izide. Interpretacijo raziskav je dodatno oteževala izrazita heterogenost preiskovanih populacij in raba različnih učinkovin. V nedavno objavljeni večji randomizirani raziskavi ESCAPe (*Extended Steroid Use in Community-Acquired Pneumonia*) adjuvantno zdravljenje z metilprednizolonom ni pomembno vplivalo na preživetje in druge izide zdravljenja bolnikov s hudo ZBP (4). Zaradi pomanjkanja dokazov o učinkovitosti in varnosti so v večini mednarodnih priporočil za zdravljenje hude ZBP rutinsko uporabo glukokortikoidov odsvetovali; izjemo-

ma je bilo zdravljenje dopustno pri bolnikih s sočasnimi septičnim šokom (5–7). V lanskem letu je bila objavljena do sedaj največja, multicentrična randomizirana raziskava CAPE COD (*Community-Acquired Pneumonia: Evaluation of Corticosteroids*), v kateri so pri bolnikih, ki so prejeli zgodnje zdravljenje s hidrokortizonom, ugotovili pomembno manjšo 28-dnevno smrtnost ter manjšo potrebo po intubaciji, mehanski ventilaciji in vazoaktivni podpori. Iz raziskave so bili izključeni bolniki s hudo imunsko oslabelelostjo, cistično fibrozo, gripo, invazivnimi gljivnimi okužbami in septičnim šokom, zaradi česar interpretacija rezultatov pri teh skupinah bolnikov ni možna (8). Rezultati zadnje metaanalize randomiziranih kontroliranih raziskav kažejo, da je zdravljenje hude ZBP z glukokortikoidi povezano s pomembno manjšo 30-dnevno smrtnostjo, pri čemer je bila kakovost dokazov za ta izid ocenjena kot visoka. Ugoden vpliv na preživetje so ugotavljali le pri bolnikih, ki so prejeli hidrokortizon – pri zdravljenju z drugimi učinkovinami razlik v preživetju ni bilo. Razlika v preživetju je bila bolj izrazita pri bolnikih, mlajših od 60 let. Zdravljenje z glukokortikoidi je bilo povezano tudi s pomembno krajšim časom hospitalizacije, krajšim trajanjem mehanske ventilacije in manjšo potrebo po vazoaktivnih zdravilih. Tveganje za nastanek sekundarne hiperglikemije je bilo pomembno večje pri bolnikih, ki so prejeli glukokortikoide, medtem ko je bila pojavnost sekundarnih okužb in delirija primerljiva s kontrolno skupino (9). Na osnovi navedenih ugotovitev je ameriško Združenje za intenzivno medicino med prvimi mednarodnimi združenji z močnim priporočilom podprlo

uporabo glukokortikoidov pri zdravljenju odraslih bolnikov s hudo obliko ZBP (10).

Priporočila za uporabo glukokortikoidov pri bolnikih s hudo ZBP

Definicija hude ZBP

Bolnike s hudo ZBP identificiramo na osnovi kriterijev Ameriškega združenja za infekcijske bolezni/ Ameriškega torakalnega združenja (*Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society* – IDSA/ATS) iz leta 2007. Diagnozo hude ZBP postavimo, kadar je izpolnjen eno glavno merilo ali vsaj tri pomožna merila.

Tabela 1. Kriteriji za hudo ZBP (11)

Glavna merila	Pomožna merila
<ul style="list-style-type: none"> dihalna odpoved s potrebo po mehanski ventilaciji (invazivni ali neinvazivni) septični šok in potreba po vazoaktivni podpori 	<ul style="list-style-type: none"> frekvenca dihanja > 30 vdihov/minuto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 33$ kPa prizadetost več pljučnih režnjev zmedenost/dezorientiranost uremija (sečnina $\geq 7,1$ mmol/l) levkopenija (levkociti $< 4,0 \times 10^9/l$) trombocitopenija $< 100 \times 10^9/l/ml$ hipotermija (telesna temperatura < 36 °C) hipotenzija in potreba po agresivnem tekočinskem oživiljanju

Indikacije za zdravljenje hude ZBP z glukokortikoidi

Adjuvantno zdravljenje z glukokortikoidi je indicirano pri bolnikih, ki imajo:

- hudo ZBP (po kriterijih IDSA/ATS) ali
- ZBP, potrebo po visokopretočni oksigenaciji in $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 40$ ob $\text{FiO}_2 > 0,5$ ali
- ZBP, potrebo po maski z rezervoarjem brez povratnih ventilov (»OHIO« maska) in $\text{PaO}_2 < 13$ kPa.

Z adjuvantnim zdravljenjem z glukokortikoidi je treba začeti **čim prej oziroma v 24 urah** po prepo-

znanih vključitvenih kriterijih, preverjenih izključitvenih dejavnikih in po uvedbi protimikrobnega zdravljenja.

Kontraindikacije za zdravljenje hude ZBP z glukokortikoidi

Med kontraindikacijami so navedene bolezni in stanja, pri katerih je na osnovi podatkov iz literature zdravljenje z glukokortikoidi lahko povezano s poslabšanjem osnovne bolezni, večjim tveganjem za resne zaplete in slabšim izidom zdravljenja hude ZBP. Spodaj navedene skupine bolnikov so bile izključene iz večine raziskav o učinkovitosti glukokortikoidov, zaradi česar rezultatov raziskav ni možno uporabiti pri tej skupini bolnikov.

Adjuvantno zdravljenje hude ZBP je kontraindicirano pri bolnikih s/z:

- hudo imunsko oslabelostjo*,
- sočasno okužbo z virusom influence (dokazana z antigen-skim testom in/ali PCR),
- cistično fibrozo,
- aktivno tuberkulozo ali invazivno glivno okužbo,
- virusnim hepatitisom (svežo/aktivno okužbo) ali aktivno okužbo s herpes virusi,
- pri nosečnicah.

* Definicija hude imunске oslabelosti glede na merila Evropske organizacije za raziskave in zdravljenje rakavih obolenj in Skupine za raziskovanje mikoz (*European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive Fungal Infections Cooperative Group and the National Institute of Allergy and Infectious*

Diseases Mycosis Study Group

– EORT/MSG) (12):

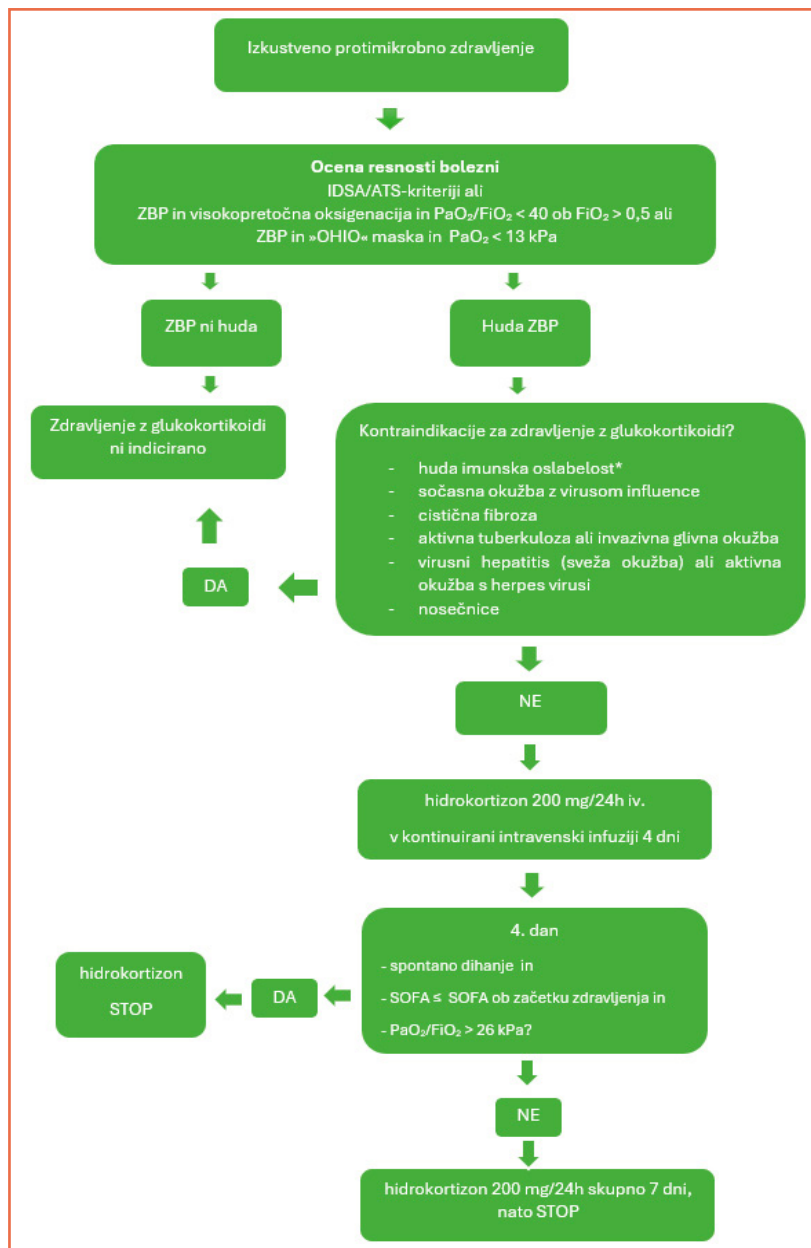
- nedavna nevtropenija (manj kot $0,5 \times 10^9$ nevtrofilcev/l za več kot 10 dni),
- stanje po presaditvi krvotvornih matičnih celic,
- hematološko maligno obolenje,
- stanje po presaditvi čvrstih organov,
- zdravljenje z glukokortikoidi v odmerku $\geq 0,3$ mg/kg/dan prednizona ali ekvivalenta ≥ 3 tedne v zadnjih 60 dneh,
- zdravljenje z drugimi zaviralci T-celičnega odziva (zaviralci kalcinevrina, zaviralci TNF- α , limfocitno specifična monoklonska protitelesa, imunosupresivni nukleozidni analogi) v zadnjih 90 dneh,
- zdravljenje z zaviralci B-celičnega odziva (ibrutinib),
- prisotnost prirojene hude imunске okvare,
- akutna bolezen presadka proti gostitelju (stopnje 3 ali 4), ki je refraktarna na zdravljenje prvega reda z glukokortikoidi.

Shema adjuvantnega zdravljenja hude ZBP z glukokortikoidi

Po odvzemu kužnin in uvedbi protimikrobnega zdravljenja uvedemo **hidrokortizon** v odmerku **200 mg/24 ur intravensko v kontinuirani infuziji**. Četrty dan zdravljenja opravimo klinično in laboratorijsko oceno stanja, na osnovi katere se odločimo o nadaljevanju zdravljenja s hidrokortizonom. V primeru kliničnega izboljšanja se zdravljenje s hidrokortizonom četrty dan ukine. Kriteriji, ki definirajo klinično izboljšanje:

- spontano dihanje in
- ocena po točkovniku SOFA enaka ali nižja kot ob začetku zdravljenja in
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 26$ kPa.

Če bolnik ne izpolnjuje kriterijev izboljšanja stanja, se zdravljenje s hidrokortizonom nadaljuje skupaj 7 dni.



Zaključek

Priporočila so bila pripravljena v skladu z dosedanjimi spoznanji in obstoječo literaturo o adjuvantni rabi glukokortikoidov pri hudi ZBP. Priporočila bomo posodabljali v skladu z rezultati novih raziskav.

Viri

1. Tomažič Janez, Strle Franc. Infekcijske bolezni. 2.izdaja. Ljubljana: Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo; 2017.
2. Ferrer M, Traverso C, Cilloniz C, Gabarrus A, Ranzani OT, Polverino E, et al. Severe community-acquired pneumo-

- nia: Characteristics and prognostic factors in ventilated and non-ventilated patients. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191721.
3. Cavallazzi R, Furmanek S, Arnold FW, Beavin LA, Wunderink RG, Niederman MS, et al. The Burden of Community-Acquired Pneumonia Requiring Admission to ICU in the United States. *Chest*. 2020 Sep;158(3):1008–16.
 4. Meduri GU, Shih MC, Bridges L, Martin TJ, El-Solh A, Seam N, et al. Low-dose methylprednisolone treatment in critically ill patients with severe community-acquired pneumonia. *Intensive Care Med*. 2022 Aug;48(8):1009–23.
 5. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the

American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Oct 1;200(7):e45–67.

6. Martin-Loeches I, Torres A, Nagavci B, Aliberti S, Antonelli M, Bassetti M, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. *Intensive Care Med*. 2023 Jun;49(6):615–32.
7. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021 Nov;47(11):1181–247.
8. Dequin PF, Meziani F, Quenot JP, Kamel T, Ricard JD, Badie J, et al. Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med*. 2023 May 25;388(21):1931–41.
9. Cheema HA, Musheer A, Ejaz A, Paracha AA, Shahid A, Rehman MEU, et al. Efficacy and safety of corticosteroids for the treatment of community-acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Crit Care*. 2024 Apr;80:154507.
10. Chaudhuri D, Nei AM, Rochweg B, Balk RA, Asehnoune K, Cadena R, et al. 2024 Focused Update: Guidelines on Use of Corticosteroids in Sepsis, Acute Respiratory Distress Syndrome, and Community-Acquired Pneumonia. *Critical Care Medicine*. 2024 May;52(5):e219–33.
11. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clinical Infectious Diseases*. 2007 Mar 1;44(Supplement_2):S27–72.
12. Donnelly JP, Chen SC, Kauffman CA, Steinbach WJ, Baddley JW, Verweij PE, et al. Revision and Update of the Consensus Definitions of Invasive Fungal Disease From the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Clinical Infectious Diseases*. 2020 Sep 12;71(6):1367–76.

Milica Lukić, dr. med., Vladimir Dimitrić, dr. med., doc. dr. Matevž Harlander, dr. med., izr. prof. dr. Matjaž Jereb, dr. med., prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., prim. Katarina Osolnik, dr. med., prim. mag. Matjaž Turel, dr. med., Tomaž Vovko, dr. med., člani Delovne skupine Združenja za infektologijo, Združenja pneumologov Slovenije in Slovenskega združenja za intenzivno medicino

Le kakšna bo prihodnost plomb v Sloveniji po obdobju čebeljega voska in amalgama?

Tomaž Hitij

Ob koncu lanskega leta se je vnela burna razprava zaradi sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki med drugim določajo, da je od 1. 1. 2025 za zavarovane osebe, mlajše od 26 let, kompozitni material postal standardni material za izdelavo plomb (v pravilniku jih nekoliko neustrezno imenujejo »zalivka«) v transkaninem sektorju (ličniki in kočniki); od 1. 7. 2026 pa bo to veljalo za vse zavarovane osebe. Na eni strani je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je novo storitev zelo slabo ovrednotil, na drugi pa zobozdravniki iz zdravstvenih domov in zasebniki s koncesijo, ki si ne želijo opravljati storitev, s katerimi si bodo po njihovih izračunih ustvarjali izgubo.

Udeležil sem se javne tribune z naslovom »Zobozdravstvo nad prepadom?«, kjer udeleženci žal nismo imeli možnosti postavljati vprašanj in se vključiti v razpravo. Verjetno nisem edini, ki je javno tribuno zapuščal z občutkom, da je bila to le slaba predstava za javnost in hkrati tudi javni linč predstavnice ZZZS, udeleženci tribune pa smo bili le statisti. Kot strokovnjaka me je zmotila precej pristranska in mestoma nestrokovna predstavitev plomb iz steklasto ionomernih cementov in njim sorodnih materialov, kot alternativnega materiala amalgamu in kompozitu. Po eni strani zasebnike s koncesijo razumem, da si tega želijo, saj je izdelava plombe iz steklasto ionomernega cementa hitrejša in cenovno ugodnejša od izdelave kompozitne plombe. Žal pa bi lahko imela vsesplošna uporaba steklasto ionomernih cementov, na katero se je med

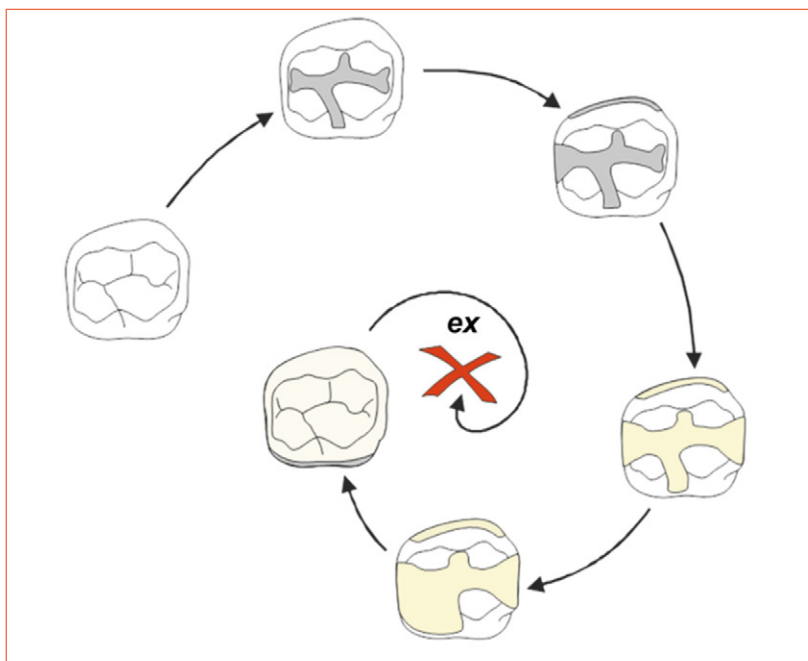
tribuno večkrat sugeriralo, za paciente negativne posledice. Zato s tem prispevkom izpolnjujem svojo dolžnost, da zobozdravnike in paciente ozaveštim o nekaterih dejstvih in pasteh, ki nas čakajo ob takšnih preveč posplošenih in osebno prirejenih indikacijah za izdelavo plomb iz steklasto ionomernih cementov.

Ker nisem član ZZZS, ne Odbora za zobozdravstvo, niti Razširjenega strokovnega kolegija za zobozdravstvo ter nisem zaposlen v sistemu javne zdravstvene mreže, menim, da lahko kot član katedre za zobne bolezni in endodontijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani podam in napišem nepristranski prispevek za našo revijo Isis, ki bo dosegel vso ciljno skupino.

Slovenski zobozdravniki lahko ponosno povemo, da je bila v Sloveniji najdena najstarejša znana plomba na svetu. Leta 1911 je bil v Jami pri Loki pod Kraškim robom najden fragment človeške čeljusti, ki pripada človeku, ki je živel pred 6500 leti. Na levem spodnjem podočniku je plomba iz čebeljega voska, s katero si je neolitski človek ublažil zobno bolečino, ki jo je trpel zaradi vzdolžne poke v kronskem delu zoba (1).

Nekaj tisočletij kasneje se je začelo obdobje amalgama. Prvi zapisi o uporabi dentalnega amalgama izvirajo, kot številna druga pomembna odkritja, iz kitajskih medicinskih zapisov iz leta 659 (2). Pot amalgama v naše kraje je bila dolga. V Evropo je prispel skoraj tisoč let kasneje in več stoletij zatem je še vedno v uporabi. Kljub številnim ponavljajočim se pomislekom o njegovi škodljivosti se je izkazalo, da je varen. Razlogi za

današnje opuščanje amalgama temeljijo predvsem na okoljskih razlogih, poleg tega pa tudi na slabši estetiki amalgama in v napredku kompozitnih plombiranih materialov in adhezivov, s katerimi lahko kompozitni plombirni material zelo močno »prilepimo« na površino zobnih tkiv. Tako zobu, poleg oblike, povrnemo tudi estetiko. Preparacije zoba za kompozit so zaradi adhezivnih tehnik postale veliko bolj konservativne v primerjavi s tistimi, ki jih je zahtevala izdelava plombe iz amalgama. Sedaj lahko ohranjamo več trdnih zobnih tkiv, kar je postalo eno od »zlatih pravil« sodobnega zobozdravstva. Kljub sprva krajši življenjski dobi prvih kompozitnih plomb v primerjavi z amalgamom je s hitrim razvojem materialov in ob upoštevanju pravilnih tehnik dela s kompoziti življenjska doba kompozitnih plomb dosegla in celo preseгла trajnost amalgamskih plomb (3). Kompozitne plombe nam tudi omogočajo, da se lahko namesto zamenjave stare nepopolne plombe odločimo, da bomo takšno plombo popravili. Vsaka menjava celotne plombe namreč vodi v neizogibno izgubo dela zdravega zoba, kar lahko dolgoročno privede do izgube zoba – temu procesu pravimo restavrativni cikel (slika 1). Zamenjava restavracije namreč v kar 70 % zahteva povečanje števila restavriranih ploskev zoba (4). Obnovitev plombe ali popravilo pa je v primerjavi z zamenjavo manj invaziven poseg, je manj neprijeten za pacienta, je časovno krajši, tehnično manj zahteven, ima manj zapletov, ohranja več zdrave zobne substance, podaljša življenjsko dobo obstoječih plomb in je cenejši. Kljub vsem naštetim dejstvom se zobozdravniki žal še vedno prereditko odločamo za popravila plomb.



Slika 1. Shematski prikaz restavrativnega cikla zoba: od intaktne zobne krone, večkratne menjave plombe, ki lahko pripelje do potrebe po protetični oskrbi zaradi prevelike izgube trdnih zobnih tkiv in nato do izgube zoba zaradi različnih dejavnikov, kot so pogosto karies in poke.

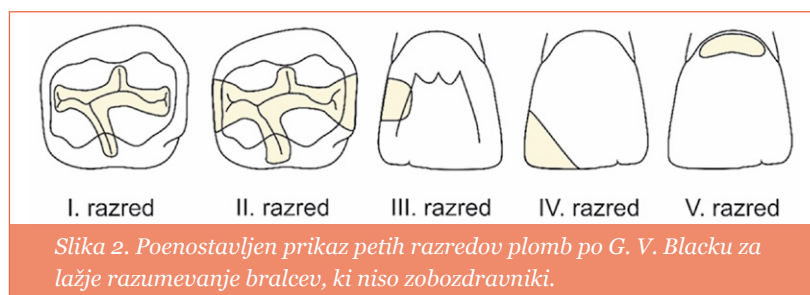
Kljub odlični estetiki in mehanskim lastnostim pa izdelava kompozitne plombe od zobozdravnika zahteva veliko več natančnosti in tehničnega znanja, slediti moramo točno določenemu zaporedju korakov, od priprave zobne površine, nanašanja adheziva in pravilnega nanašanja kompozita v plasteh, da lahko zagotovimo dobro vezavo in kompenziramo skrčček kompozita med polimerizacijo. Pri izdelavi kompozitne plombe je zelo pomembna tudi dobra kontrola osušitve. Osušitev najlažje nadziramo z uporabo gumijaste opne, s čimer lahko podaljšamo življenjsko dobo izdelane plombe (5). Postopek izdelave kompozitne plombe je zaradi naštetih postopkov in drugačnih materialov časovno daljši in dražji od izdelave amalgamske plombe.

Nekoliko enostavnejša je uporaba steklasto ionomernih cementov, ki so manj občutljivi na vlago in so enostavnejši za uporabo. Izdelava plombe iz steklasto ionomernega cementa zahteva manj časa in s tem tudi denarja. Tudi steklasto ionomerni

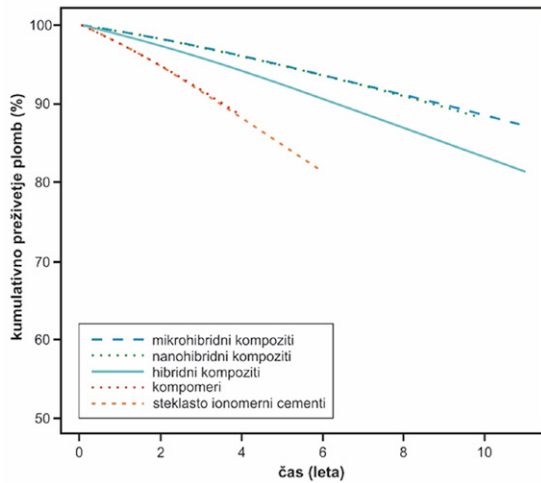
cementi se med strjevanjem krčijo, vendar imajo manjši skrčček od kompozitov. So biokompatibilni in se kemično vežejo na površino trdnih zobnih tkiv. Njihova prednost proti kompozitom je tudi izločanje manjših količin fluoridov, ki pa imajo le lokalni učinek. Žal pa steklasto ionomerni cementi zaradi pomanjkanja translucence ne dosegajo estetike kompozitov in se slabše polirajo. Njihova glavna slabost so slabše mehanske lastnosti: nizka tlačna trdnost, nizka odpornost proti obrabi in slaba odpornost na zlome, zaradi česar se uporabljajo predvsem kot dolgotrajna začasna rešitev ali pa se uporabljajo na mestih z nizkimi

griznimi obremenitvami (6). Izjema je njihova uporaba v otroškem zobozdravstvu, saj so tam grizne sile v mlečnem in mešanem zobovju manjše, njihova izdelava je enostavnejša in hitrejša, kar je pri otrocih pogosto pomemben dejavnik. Poleg tega pa v mlečnem zobovju ni potrebe po tako dolgotrajni oskrbi, saj mlečne zobe v nekaj letih zmenjajo stalni.

Da bi izboljšali mehanske lastnosti klasičnih steklasto ionomernih cementov in zmanjšali njihovo začetno občutljivost na vlago ter skrajšali čas strjevanja, so jim proizvajalci dodali smole in fotoiniciatorje, s čimer smo dobili smolasto modificirane steklasto ionomerne cimente in kompomere. Takšni cementi se dvojno strjujejo, kemično in svetlobno. Delež smole v cementu določa njegove lastnosti; večji je ta delež, boljše so njegove mehanske in optične lastnosti. Žal pa je tudi tukaj precej kompromisov. Z večjim deležem smol je sproščanje fluoridov manjše, manjša je biokompatibilnost, večji je skrčček pri strjevanju in slabša je kemična vez med cementom in zobom (7). Tako je pri kompomerah, ki so po sestavi že bližje kompozitom, potrebna skoraj enaka pazljivost pri delu in postopek izdelave kot pri kompozitih. Indikacije za smolasto modificirane steklasto ionomerne cimente so zaradi še vedno slabših mehanskih lastnosti v primerjavi s kompoziti omejene. Takšne plombe se dokaj hitro obrabljajo, s čimer izgubijo anatomsko konturo in aproksimalne stike. Slabša je tudi retencija in pogosti so zlomi plombe. V odraslem zobozdravstvu, z izjemo plomb V. razreda (slika 2), zato takšne plombe štejejo za dolgotrajnečasne



Slika 2. Poenostavljen prikaz petih razredov plomb po G. V. Blacku za lažje razumevanje bralcev, ki niso zobozdravniki.



Graf 1. Ocenjene mediane krivulje preživetja plomb iz treh različnih kompozitnih materialov, steklasto ionomernih cementov in kompomer. Povzeto in prirejeno po Heintze in sod. 2022.



Slika 3. Plombe iz kompozitnih materialov odlikuje odlična estetika in trajnost, ki je primerljiva protetičnim nadomestkom, zaradi česar so že desetletja material izbora v vidnem področju. Zgoraj stanje pred odstranitvijo plombe na zobu 11 in sanacijo kariesa mezialno na zobu 12. Spodaj stanje po izdelavi kompozitne plombe na zobeh 12 in 11.

plombe. Kot trajno rešitev jih uporabljamo v otroškem zobozdravstvu in včasih kot bazo pod kompozitnimi plombami.

Z vidika restavrativnega cikla zoba si želimo, da bi imele restavracije čim daljšo trajnost, saj le tako lahko ohranjamo zobe v našo starost in zmanjšamo stroške zobozdravstvene oskrbe ter s tem tudi večamo dostopnost storitev za vse naše paciente. Na trajnost plombe vpliva veliko dejavnikov, med drugim položaj zoba v zobnem loku, velikost in vrsta restavracije ter število restavriranih ploskev zoba, prisotnost in vrsta podloge, znanje in izkušnje zobozdravnika, bruksizem, estetske zahteve pacienta, ekonomske razmere, spol in starost. Zanimivo, da negativno na življenjsko dobo vpliva tudi (pre)pogosto obiskovanje zobozdravnika in večja težnja zobozdravnikov, da se prej odločimo za menjavo plombe, ki je nismo naredili sami. Eden izmed najpomembnejših dejavnikov je stopnja tveganja za razvoj kariesa pri pacientu, saj ustrezno izvajanje ustne higijene pomembno podaljša življenjsko dobo vseh restavracij v ustih (3). Eden od prav tako pomembnih dejavnikov je izbira ustreznega materiala. Življenjska doba kompozitnih in amalgamskih plomb je primerljiva, medtem ko je življenjska doba plomb iz steklasto ionomernih cementov neprimerno krajša (7). To potrjuje tudi nedavna metaanaliza (8), ki kaže na znatno krajšo življenjsko dobo plomb, izdelanih iz steklasto ionomernih cementov in kompomer v primerjavi z različnimi vrstami kompozitnih plomb (glej graf 1).

Omenjene spremembe pravil o obveznem zdravstvenem zavarovanju prinašajo pomembne izzive za zobozdravstveno stroko, paciente in odločevalce. Čeprav so materiali, kot so steklasto ionomerni cementi, lahko cenovno in časovno ugodnejši, se je treba zavedati njihovih omejitev. Kompozitni materiali, čeprav zahtevnejši za uporabo, imajo dobre mehanske lastnosti, odlično estetiko in možnost minimalno invazivne prepa-

racije, zato še vedno ostajajo zlati standard sodobnega zobozdravstva (slika 3). Zobozdravniki imamo namreč odgovornost, da pri vsakem danem kliničnem primeru izberemo materiale in tehnike, s katerimi bomo pacientom nudili strokovno in kakovostno oskrbo (9).

V luči tega pozivam vse deležnike k dialogu in sodelovanju. Sprejete odločitve naj bodo podprte z dobro strokovno literaturo in izkušnjami ter naj temeljijo na dobrobiti pacientov, ne zgolj na ekonomskih interesih.

Viri

- Bernardini F, Tuniz C, Coppa A, Mancini L, Dreossi D, et al. (2012) Beeswax as Dental Filling on a Neolithic Human Tooth. *PLoS ONE* 7(9):e44904.
- Czarnetzki A, Ehrhardt S. (1990) Re-dating the Chinese amalgam-filling of teeth in Europe. *International Journal of Anthropology* 5 (4):325–332.
- Opdam NJ, Bronkhorst EM, Loomans BA, Huysmans MC. (2010) 12-year survival of composite vs. amalgam restorations. *J Dent Res* 89(10):1063–7.
- Brantley CF, Bader JD, Shugars DA, Nesbit SP. (1995) Does the cycle of reresoration lead to larger restorations? *J Am Dent Assoc* 126(10):1407–13.
- Miao C, Yang X, Wong MCM, Zou J, Zhou X, Li C, Wang Y. (2021) Rubber dam isolation for restorative treatment in dental patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 5:CD009858*.
- Sikka N, Brizuela M. (2024) Glass Ionomer Cement. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Ching HS, Luddin N, Kannan TP, Ab Rahman I, Abdul Ghani NRN. (2018) Modification of glass ionomer cements on their physical-mechanical and antimicrobial properties. *J Esthet Restor Dent* 30(6):557–571.
- Heintze SD, Loguercio AD, Hanzen TA, Reis A, Rousson V. (2022) Clinical efficacy of resin-based direct posterior restorations and glass-ionomer restorations - An updated meta-analysis of clinical outcome parameters. *Dent Mater* 38(5):e109–e135.
- Schmalz G, FSchwendicke F, Hickel R, Platt AJ. (2024) Alternative Direct Restorative Materials for Dental Amalgam: A Concise Review Based on an FDI Policy Statement. *International Dental Journal* 74(4):661–668.

Doc. dr. Tomaž Hitij, dr. dent. med., spec. zobnih bolezni in endodontije, Katedra za zobne bolezni in normalno morfološko zobnega organa, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Hemovigilanca – poročilo Službe za hemovigilanco za leto 2023

Aleksandra Bajt, Ivica Marić, Irena Bricl

Uvod

Termin hemovigilanca izhaja iz grške besede za kri »*haema*« in latinske besede »*vigilans*«, ki pomeni pozoren, čuječ. Hemovigilanca se je od svojih začetkov v 90. letih prejšnjega stoletja razvila v natančno definirani sistem, ki spremlja celotno transfuzijsko verigo in izboljšuje njeno varnost. Zajema tri področja delovanja: *neželene reakcije pri krvodajalcih* ob odvzemu krvi, *neželene dogodke, povezane z ravnanjem s krvjo*, ter *neželene reakcije pri bolnikih* ob transfuziji krvi. Vključuje **prijavitelje**, torej lečeče zdravnike in druge zdravstvene delavce, **poročevalce** iz transfuzijskih centrov in Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM) ter nacionalno **Službo za hemovigilanco**. Slednja zbira in analizira hemovigilančne podatke za vso Slovenijo ter pripravlja letna poročila. O vseh hudih neželenih dogodkih in hudih neželenih reakcijah nemudoma obvešča **Javno agencijo Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP)**.

Krvodajalstvo

V letu 2023 so slovenske transfuzijske ustanove skupaj opravile 86.210 odvzemov pri krvodajalcih, od teh je bilo 8,8 % prvih. Izdale so 102.259 enot krvnih komponent (KK): 79.809 enot koncentriranih eritrocitov (KEF), 11.323 enot sveže zmrznjene plazme (SZP) in 11.127 enot trombocitnih pripravkov (TP) (tabela 1). Večina slednjih je pripravljena z zlitjem trombocitno-levkocitnih plasti petih krvodajalcev ali pa so pridoblje-

ni od enega dajalca s postopkom afereze. Lani je bilo izdanih 9.802 oz. 88,1 % pripravkov trombocitnih zlitij in 1.325 oz. 11,9 % afereznih TP.

Na Oddelku za terapevtske storitve ZTM so pri 31 bolnikih opravili 882 zunajtelesnih fototerapij, 192 odvzemov krvotvornih matičnih celic iz periferne krvi za avtologne ali alogenske transplantacije in 11 afereznih odvzemov limfocitov za različna napredna celična zdravljenja. Za štiri bolnike so zbrali 22 enot granulocitnih pripravkov.

Vsako enoto krvi in vsako z afereznim postopkom zbrano KK presejalno testiramo na označevalce s krvjo prenosljivih okužb: hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), HIV in sifilis. S testiranjem NAT (angl. Nucleic Acid Testing) testiramo vzorce krvodajalcev na prisotnost HIV in HCV RNK ter HBV DNK. Leta 2023 smo s presejal-

nim testiranjem odkrili osem krvodajalcev z okužbo, pet jih je darovalo kri prvič. Pri treh smo potrdili okužbo s *Treponema pallidum*, pri enem pa okužbo s HCV. V krvi štirih krvodajalcev smo dokazali prisotnost HBV DNA, od teh sta imela dva prisoten tudi HBsAg, druga dva pa ne in tako sodita v skupino oseb z okultno okužbo s HBV (angl. Occult Hepatitis B Virus Infection, OBI).

Reakcije pri krvodajalcih

Pri krvodajalcih smo ob odvzemih polne krvi ali pri odvzemih KK z afereznimi postopki leta 2023 beležili 1.337 neželenih reakcij in dogodkov. Med generaliziranimi reakcijami je bilo največ vazovagalnih reakcij (824), sledijo jim citratne reakcije (335), ki so zaplet afereznih postopkov. Izmed 178 lokaliziranih reakcij je bilo največ hematomov (171) (tabela 2).

JAZMP je bilo v letu 2023 kot *hud neželeni dogodek* prijavljenih 24 hudih

Tabela 1: Izdane KK v letih od 2019 do 2023

LETO	KEF	TP	SZP	Skupaj
2019	78.473	10.635	14.134	103.242
2020	74.372	9.523	13.180	97.075
2021	79.046	10.739	12.391	102.176
2022	80.339	10.614	11.733	102.686
2023	79.809	11.127	11.323	102.259

Legenda: KK – krvne komponente, KEF – koncentrirani eritrociti, TP – trombocitni pripravki, SZP – sveže zmrznjena plazma

Tabela 2: Neželene reakcije pri krvodajalcih v letu 2023

LOKALIZIRANE REAKCIJE		
Poškodba žile		
	Hematom	171
	Nabod arterije	1
	Drugo	2
Poškodba/draženje živca		4
GENERALIZIRANE REAKCIJE		
Vazovagalna reakcija		824
Zaplet aferaz (citratna reakcija)		335

reakcij pri zbiranju polne krvi. V večini primerov je šlo za vazovagalne reakcije z izgubami zavesti in konvulzijami ter padci z ali brez poškodb ali pa s podaljšanim obdobjem slabosti, ki so zahtevale napotitev v drugo ustanovo. Število 15,51 prijavljene reakcije na 1.000 odvzemov je primerljivo s števili v letih pred 2022 in odraža vestno beleženje neželenih reakcij pri darovanju krvi in KK (tabela 3).

Tabela 3: Število neželenih reakcij pri krvodajalcih v letih od 2019 do 2023

LETO	2019	2020	2021	2022	2023
Št. odvzemov	86.985	78.213	85.241	85.799	86.210
Št. reakcij	1.359	1.192	1.211	981	1.337
Št. reakcij/ 1.000 odvzemov	15,62	15,24	14,21	11,43	15,51

Neželene transfuzijske reakcije pri bolnikih

V skladu z veljavno zakonodajo je treba vsako reakcijo na transfundirano KK prijaviti transfuzijski službi, postopek je opisan v **Pravilniku o hemovigilanci**. Lečeči zdravnik po oskrbi bolnika izpolni **obrazec »Prijava neželene reakcije ob transfuziji krvi«** (slika 1). Izpolnjen obrazec se pošlje skupaj s potransfuzijskim vzorcem krvi in ostankom enote transfundirane KK transfuzijski ustanovi, kjer je bila le-ta izdana. Na podlagi prijave in po potrebi posveta z lečečim zdravnikom se transfuziolog odloči o nadaljnjih ukrepih in preiskavah ter izpolni **poročilo o neželeni transfuzijski reakciji**. V primeru nekaterih neželenih transfuzijskih reakcij, katerekoli življenje ogrožajoče reakcije ali smrti bolnika je treba poročilo o reakciji čim prej posredovati Službi za hemovigilanco, ta pa dalje prijavo **hude neželene reakcije JAZMP**. Služba za hemovigilanco po zaključku analize hude neželene reakcije pošlje JAZMP še potrditveni obrazec, lečečemu zdravniku pa mnenje o izsledkih.

Leta 2023 je bilo v Sloveniji prijavljenih 87 neželenih transfuzijskih reakcij pri bolnikih, od tega smo jih 80 potrdili (tabela 4). Osemdeset

reakcij na 1.000 izdanih enot KK znaša 0,78 reakcije. Številka je sicer malce višja kot prejšnje leto, vendar število prijav v večini transfuzijskih ustanov pada, verjetno na račun manjšega prijavljanja blagih reakcij, ki ostajajo bodisi neopažene bodisi se jih bolnišničnemu osebju ne zdi smiselno prijavljati. Kot vsa leta doslej, so bile najpogostejše neželene transfuzijske reakcije **vročinske**

nehemolitične reakcije (VNHTR) in alergijske reakcije.

Na tretjem mestu sledi z 11 primeri najpogostejša respiracijska neželena transfuzijska reakcija, s *transfuzijo povezana volumnska preobremenitev* (angl. Transfusion-Associated Circulatory Overload, TACO), ki je v zadnjem desetletju v večini zahodnih držav najpogostejši vzrok za s transfuzijo povezani zboleznost in umrljivost. Tudi pri nas gre za najpogostejšo hudo neželeno transfuzijsko reakcijo. Za preprečevanje nastanka TACO je bistvenega pomena prepoznavanje bolnikov z dejavniki tveganja, prilagoditev hitrosti transfuzije in volumna KK ter po presoji predpis intravenskega diuretika furosemda pred transfuzijo. Prejeli smo štiri prijave suma na drugo respiracijsko neželeno transfuzijsko reakcijo, na s *transfuzijo povezano akutno poškodbo pljuč* (angl. Transfusion-Related Acute Lung Injury, TRALI). Po analizi so se vse izkazale za TACO. Potrdili smo še dva primera tretje respiracijske transfuzijske reakcije, s *transfuzijo povezane dispneje* (angl. Transfusion-Associated Dyspnea, TAD). V letu 2023 je bilo JAZMP prijavljenih skupno 18 hudih neželenih transfuzijskih reakcij, od tega 17 potrjenih. Poleg navedenih respiracijskih transfuzijskih reakcij smo obravnavali še po dva primera *anafilaktične reakcije*

in *hemolitične reakcije* ter en primer hude *hipotenzivne transfuzijske reakcije*. Kot vsa leta doslej, tudi lani nismo zabeležili smrtnega primera zaradi transfuzije KK, vsi navedeni primeri so se razrešili brez trajnih posledic. Edina prijava hemolitične reakcije zaradi ABO neskladne transfuzije je bila obravnavana sočasno kot hud neželeni dogodek. Bolnik s KS 0, RhD neg., Du poz. je v operacijski dvorani prejel brez preverjanja podatkov po telefonu z laboratorijskim inženirjem na ZTM pri naročilu KEF s stopnjo nujnosti zelo nujno (1. faza po telefonu) dve enoti A, RhD poz. KEF, namenjenih drugi bolnici. Umrli je zaradi kirurško nerešljivih zapletov osnovne bolezni.

V Sloveniji smo leta 2023 pri 590 bolnikih na novo odkrili bodisi protitelesa proti posameznim eritrocitnim antigenom bodisi protitelesa nerazvidne specifičnosti. Med novimi senzibilizacijami je bilo zabeleženih največ aloprotiteles anti-E (148), anti-M (103) in anti-K (46). Pri 66 bolnikih pa smo ugotovili prisotnost avtoprotiteles.

Tabela 4: Neželene transfuzijske reakcije v letu 2023

Vrsta NTR	Prijava	Potrđitev
Hemoliza	2	1
TaGVHD	0	0
TRALI	4	0
TACO	7	11
PTP	0	0
Alergija	28	27
Anafilaksija	1	2
VNHTR	35	34
Bakterijska okužba	1	0
Virusna okužba	0	0
Hipotenzija	1	1
TAD	2	2
Drugo	6	2
Skupaj	87	80
R/1.000 izdanih enot	0,85	0,78

Legenda: NTR – neželena transfuzijska reakcija, TaGVHD – s transfuzijo povezana bolezen presadka proti gostitelju, TRALI – s transfuzijo povezana okvara pljuč, TACO – s transfuzijo povezana volumnska preobremenitev, PTP – potransfuzijska purpura, VNHTR – vročinska nehemolitična transfuzijska reakcija



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino
Blood Transfusion Centre of Slovenia

Šlajmerjeva ulica 6, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: +386 (0)1 543-81-00, Fax: +386 (0)1 230-22-24
E-pošta: central@ztm.si, www.ztm.si

Številka naročilnice
№ 313140

Prijava neželene transfuzijske reakcije

Podatki o naročniku

Klinika:
Interni telefon:
Kontaktna oseba:
Zdravnik naročnik:
Datum naročila:
Ura naročila:

Podatki o bolniku/ci

Enotna matična številka občana (EMŠO):
Ime in priimek:
Datum rojstva:
Naslov:
Reg. št. zavezanca:
Šifra dejavnosti:

Vzorce bolnikove krvi obvezno označite s priloženimi črtnimi kodami! Glej navodilo za odvzem vzorcev krvi na hrbtni strani naročilnice.

Center za sprejem, shranjevanje in izdajo krvnih pripravkov, Tel.: 01/5438 111, preko UKC, int.: 38-62
Center za imunohematologijo, Tel.: 01/5438 169, preko UKC, int.: 28-72

1. Diagnoza:

.....
.....

2. Transfuzijska anamneza:

Bolnik(ca) je že prejel(a) transfuzijo krvi

Da Ne Ni znano

Datum zadnje transfuzije:

Reakcije ob prejšnjih transfuzijah

Da, opis reakcije:

Ne

3. Nosečnost:

Da Ne

Leto zadnje nosečnosti:

4. Številka krvne komponente:

Volumen transfundirane krvne komponente:

Vrsta krvne komponente, ki je povzročila reakcijo

KE KT

KTF SZP

Drugo:

5. Laboratorijski izvidi:

Hb pred transfuzijo

Hb po transfuziji

Haptoglobin

Hemoglobinemija

Nekonjugirani bilirubin

LDH

Retikulociti

Levkociti

Hemosiderin v urinu

Hemoglobinurija

Urobilinogen v urinu

6. Terapija po transfuzijski reakciji:

.....

7. Znaki in simptomi ob transfuzijski reakciji:

mrzlica

porast telesne temperature (>1°C) pred: po:

urtikarija

drugi kožni izpuščaji, opis:

rdečica obraza

bledica

cianoza

zlatenica

padec/porast krvnega tlaka pred: po:

padec/porast srčne frekvence pred: po:

težko dihanje

porast frekvence dihanja pred: po:

kašelj in/ali izkašljevanje

pljučni edem

bolečina v prsih

bolečina v ledvenem

predelu

bolečina na mestu

infuzije

bolečine v mišicah

krči

oligurija/anurija

hemoglobinurija

nepojasnen padec

hemoglobina

nenormalne

krvavitve

slabost

bruhanje

nezavest

šok

smrt

drugo:

8. Sum na*:

virusno okužbo

bakterijsko okužbo

9. Povezanost s transfuzijo:

izključena povezava (0)

malo verjetna povezava (0)

možna povezava (1)

verjetna povezava (2)

nedvomna povezava (3)

10. Stopnja:

ni znakov (0)

takojšnje pojavljanje brez

znakov življensko ogrože-

nosti in polne razvitosti (1)

takojšnje pojavljanje znakov

z življensko ogroženostjo (2)

dolgotrajna obolenost (3)

smrt bolnika (4)

* Potrebno je izpolniti dodatni obrazec. Prijava suma na patransfuzijsko okužbo, ki ga pridobite na ZTM

Podpis in žig zdravnika (obvezno!)

Sprejem naročila na ZTM

Zap. št.:

Datum:

Sprejem v laboratoriju

Sprejel:

Datum/ura:

ZTM-No4/1

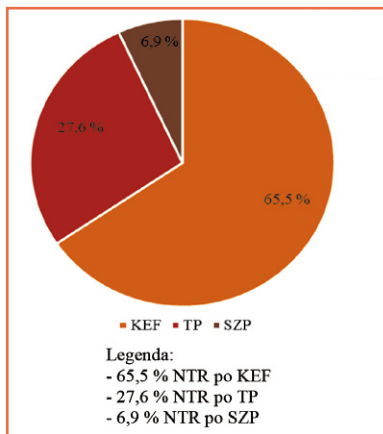
Slika 1: Obrazec »Prijava neželene reakcije ob transfuziji krvi«

Neželeni dogodki

Neželeni dogodki so vsi dogodki, povezani z ravnanjem s krvjo, od zbiranja, predelave, testiranja in izdaje

krvi, pa do ravnanja s krvjo na bolnišničnih oddelkih. Zaradi širokega področja delovanja je beleženje neželenih dogodkov zahtevno, klasifikacija

kompleksna, na voljo ni niti ustreznega prijavnega obrazca. Tako ostanejo neželeni dogodki pogosto neprijavljeni in statistika prijav po letih zelo niha.



Grafikon 1: Neželene transfuzijske reakcije glede na vrsto krvne komponente

Pravi neželeni dogodki so tisti, ko napako spregledamo in vpliva na transfuzijo. V štirih primerih je bila transfundirana napačna KK, v petih pa KK, ki ni ustrezala zahtevam. V vseh štirih primerih transfundiranih napačnih KK je šlo za transfuzijo enot KEF, ki so bile izdane za drugega bolnika. Pri dveh od teh primerov je prišlo do zamenjave bolnikov z identično KS že ob izdaji enot KEF na ZTM, ki je v bolnišnici niso opazili in enote KEF brez ustreznega preverjanja transfundirali. Beležili smo štiri izdaje antigeno neustreznih enot KEF ter enkrat spregledali oznako na naročilnici in opombo v informacijskem sistemu, da je za bolnika treba izdajati CMV negativno kri. V 18 primerih smo zaznali napačno ravnanje s krvjo izven transfuzijskega centra.

V drugo skupino neželenih dogodkov sodijo **skorajšnje napake** (angl.

Tabela 5: Neželeni dogodki v letu 2023

A Transfundirana napačna komponenta	4
A.1. Transfundirana kri je bila izdana za drugega bolnika	4
A.2. Transfundirana napačna komponenta	
A.3. Transfundirana komponenta napačne KS, zaradi poslanega napačnega vzorca	
A.4. Transfundirana komponenta napačne KS, zaradi laboratorijske napake	
A.5. Transfundirana komponenta napačne KS, zaradi napake v izdaji	
B Transfundirana komponenta ne ustreza zahtevam	5
B.1. Neustrezen CMV-status	1
B.2. Kri ni bila obsevana	
B.3. Antigensko neustrezna	4
B.4. HLA-inkompatibilnost	
B.5. Transfundirana enota je bila stara	
C Napačno ravnanje s krvjo izven transfuzijskega centra	18
D Skorajšnje napake	737
D.1. Pomanjkljiva naročilnica/vzorec/administrativna napaka	304
D.2. Napačno orientacijsko določena krvna skupina	254
D.3. Napačna kri v epruveti	17
D.4. Napaka v laboratoriju	111
D.5. Izdaja napačne komponente/izvida	11
D.6. Kakovost komponente	14
D.7. Oprema	23
D.8. Napaka v informacijskem sistemu in tehnični opremi (računalnik, faks ...)	3

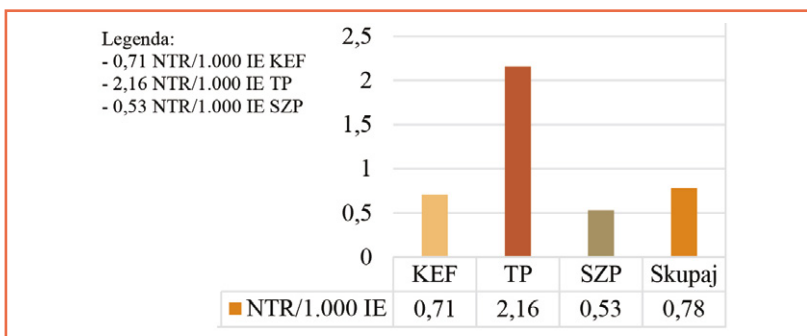
Near Miss), torej pravočasno ugotovljene napake, pri katerih smo napačno ali neustrezno transfuzijo preprečili. Leta 2023 je bilo zabeleženih 737 skorajšnjih napak. Med njimi je bilo največ napačno izpolnjenih naročilnic za KK in transfuzijske preiskave (304) ter napačno orientacijsko določenih KS ABO na bolnišničnih oddelkih (254). Orientacijska določitev KS na ploščici je del identifikacije bolnika in eno od zagotovil, da je bil vzorec za predtransfuzijske preiskave odvzet pravemu bolniku. Obvezna je pri prvi določitvi KS bolnika. Prav tako je obvezna orientacijska določitev KS bolnika (angl. Bedside Test) pred vsako trans-

fuzijo KK, s čimer lahko preprečimo transfuzijo ABO neskladne KK. V lanskem letu smo namreč zabeležili kar 17 primerov *napačne krvi v epruveti* (angl. Wrong Blood in Tube, WBIT). To pomeni, da je bila kri za transfuzijske preiskave odvzeta enemu bolniku, epruveta s krvjo pa opremljena z matičnimi podatki drugega.

Zaključek

Hemovigilanca je skupek organiziranih ukrepov z namenom nadzora in izboljšav na področju transfuzijske medicine. V sistem hemovigilance smo vključeni vsi, ki kakorkoli pripevamo k skupnemu cilju – to je **varna transfuzija krvi**. Zahvala gre vsem, ki sodelujejo v transfuzijski verigi: najprej krvodajalcem, nato zdravstvenemu osebju in zdravnikom na kliničnih oddelkih ter ne nazadnje vsem sodelavcem v transfuzijski službi.

Prim. Irena Bričl, dr. med.,
Zavod RS za transfuzijsko medicino
Ivica Marić, dr. med.,
Zavod RS za presaditve organov in tkiv
Slovenija-transplant
Aleksandra Bajt, dr. med.,
Zavod RS za transfuzijsko medicino



Grafikon 2: Neželene transfuzijske reakcije na 1.000 izdanih enot po krvnih komponentah

Regijski kongresi reproduktivne medicine

Damir Franić

Vedno sem menil, da je treba sodelovati, organizirati in predstavljati Slovenijo na regijskih kongresih nekdanje skupne države. Samo tako smo lahko boljši, spodbujamo eni druge k ustvarjalnemu sodelovanju in se lahko vedno znova prepričamo, kako zelo strokovno in kakovostno delajo drugi kolegi v regiji.

Kolega doc. dr. Aleksandar Đogo, endokrinolog iz Podgorice, je 21. in 22. junija v Podgorici organiziral **2. črnogorsko konferenco, posvečeno endokrinologiji spola**. Konferenca je bila odlično organizirana, udeležilo se je 125 kolegov iz regije. Posebnost tega simpozija je bila povsem umirjena, pravzaprav »butična« atmosfera. V dveh dneh je bilo organiziranih šest tematskih sklopov. Prvi dan so potekali štirje, in sicer o transseksualizmu, o ginekološki endokrinologiji, o endokrinologiji klimakterija in menopavze ter o patoloških stanjih v klimakteriju in menopavzi. Drugi dan simpozija je bil v petem sklopu obravnavan involutivni hipoandrogeni-

zem in v šestem sklopu imunologija menopavze. V vsakem sklopu so bila samo po tri predavanja, posamezne sklope pa je v uvodu predstavil predsednik konference kolega Đogo, ki je podal izhodišča ter nas kot vrhunski endokrinolog popeljal skozi celični nivo ter razložil vpliv tega dogajanja na klinične poti. Nato je predal besedo predsedujočim posameznih sklopov, ki so povabili predavatelje k predstavitvam njihovih tem. Avtor tega prispevka sem sodeloval v drugem sklopu in se posvetil vprašanju, ali je za izboljšanje kakovosti življenja v pomenopavzi treba estrogenu in progesteronu dodajati testosteron. Zadnja leta je to »vroča« tema; pred petimi leti smo dobili tudi svetovni dogovor, ki je ponudil z dokazi podprte indikacije za uporabo testosterona pri ženskah v menopavzi.

Predavatelji so bili kolegi iz Črne gore, Srbije, Hrvaške, Slovenije, Bosne in Hercegovine in Makedonije. Na konferenci so sodelovali endokrinologi, ginekologi, urologi, psihiatri, psihologi,



Kongres v Beogradu (z leve): Milena Brkić (BiH), Damir Franić (Slovenija), Andrea Genazzani (Italija), Snježana Popović - Pejčić (BiH), Svetlana Vujović (Srbija), Vesna Dimitrijević - Srečković (Srbija) in Blazej Meczekalski (Poljska)

imunologi, hematologi, zato je bila konferenca multidisciplinarno obarvana. Posebno predavanje nam je predstavila psihologinja I. Marković iz Črne gore, ki je sama spremenila spol in s psihološkega stališča opisala, skozi kakšne spremembe in težave gre transspolna oseba, zlasti v tradicionalnem okolju, kot je zagotovo v Črni gori.

Kolega Đogo je zelo lepo poskrbel za družabno dogajanje po kongresnih aktivnostih. Po prvem dnevu smo šli na popoldanski izlet k Skadrskemu jezeru, se v njem tudi okopali in imeli potem večerjo za predavatelje v ekorestavraciji ob jezeru. Po končanem drugem dnevu je bil organiziran izlet na planino Durmitor in seveda rafting po Tari. Še enkrat bi rad poudaril edinstveno organizacijo tega simpozija, kjer strokovni program ni bil natrpan, kot je po navadi na takšnih srečanjih, zato je bilo dovolj časa za zanimive razprave in izmenjavo mnenj. Kolega je poskrbel, da smo se vsi počutili izjemno dobrodošle, simpozij pa je potekal v najboljšem hotelu v Podgorici, kjer smo bili tudi vsi nameščeni.

Od 3. do 5. oktobra je v Sava centru v Beogradu potekal **5. mednarodni kongres srbskega združenja za endokrinologijo spola in srbskega menopavznega združenja**, ki ga je obiskalo več kot 500 udeležencev iz regije. Kot član mednarodnega odbora sem sodeloval v strokovnem delu kongresa, ki je bil zelo široko zastavljen, saj je predsednica kongresa prof. dr. Svetlana Vujović endokrinologinja, ki se poglobljeno ukvarja z reproduktivno endokrinologijo. Odrptje kongresa so popestrila štiri plenarna predavanja: prof. A. Genazzani je govoril o pomembnosti demistifikacije kontraindikacij za hormonsko zdravljenje, prof. John Stevenson o kardiovaskularnih tveganjih v reproduktivnem življenju ženske, prof. M. Brincat pa o potrebi prilagajanja hormonskega zdravljenja individualnim potrebam, tako da se zmanjša tveganje in poveča korist. Na koncu je prof. T. Erel iz Turčije podal »up-to-date« stališča

glede obravnave endometriozе pri pomenopavzni ženski. Slovesno odrptje se je končalo z nastopom velikega pevskega zbora, ki je »a cappella« izvedel tako srbske kot tudi narodne pesmi iz ostalih krajev nekdanje skupne države in svetovno znane uspešnice.

Drugi dan kongresa so se zvrstili sklopi o metaboličnih spremembah in diabetesu, sindromu policističnih jajčnikov (PCOS), kako izboljšati kakovost življenja v menopavzi. Zanimivost tega sklopa je bila, da so se prvi trije predavatelji posvetili zdravljenju z androgeni. Tako se je prof. A. Genazzani vprašal, ali je treba vnaprej dodajati androgene za izboljšanje kakovosti življenja v pomenopavzi. Tudi moje predavanje je bilo posvečeno testosteronu, in sicer zakaj, kako dolgo in kateri režim jemanja je treba ponuditi pomenopavzni ženski. Prof. Svetlana Vujović je spregovorila tudi o funkciji nadledvične žleze v prezgodnji odpovedi jajčnikov. Drugi kongresni dan se je zaključil z vsebinami, povezanimi z reproduktivnimi izzivi, in temo Od seksualnosti do transeksualnosti. Beograd s svojim multidisciplinarnim timom je vodilni svetovni center za spremembo spola, zanimivo pa je, da morajo ameriški strokovnjaki pridobiti licenco v Beogradu, da lahko operirajo in spreminjajo spol v ZDA!

Tretji dan kongresa je bil posvečen »vzhajajočim mladim zvezdam endokrinologije«. Predstavili so se mladi endokrinologi, ki so nas navdušili z odličnim znanjem angleščine, sijajnim nastopanjem in vrhunskimi predstavitvami. Sledila so predavanja o osteoporozi, neuroendokrinologiji spola, debelosti kot svetovnem problemu, problemih ščitnice in moški neplodnosti.

Ob 86 vabljenih predavanjih je bilo v dveh dneh še 13 sponzoriranih predavanj. Med posterji je svojega s temo »Prehranska obdelava ženske s PCOS v zasebni ordinaciji – izbira zdravljenja in prekinitve v času zdravljenja« predstavila tudi udeleženka iz Slovenije prim. Darija Strah.

Kot vedno, smo obiskali odlične restavracije, gostiteljica in predsednica kongresa prof. Svetlana Vujović, ki je članica odbora ISGE (The International Society of Gynecological Endocrinology), pa je poskrbela, da smo se vsi povabljeni predavatelji iz tujine počutili res izjemno.

V Zagrebu je 24. in 25. oktobra potekal **5. hrvaški kongres menopavzne medicine** v organizaciji hrvaškega društva za menopavzo in hrvaškega društva za humano reprodukcijo in ginekološko endokrinologijo. Zbralo se je več kot 360 udeležencev, zato je kongres v hotelu Sheraton potekal vzporedno v dveh dvoranah. Slovenske barve sem predstavljal z vabljenim predavanjem v sklopu »Pomembne teme v menopavzi«, v katerem sem predstavil pilotno študijo zdravljenja prekomerno aktivnega mehurja in urgentne inkontinence z radiofrekvenco. Ostali tematski sklopi v dveh kongresnih dnevih so bili: Kardiovaskularno zdravje v perimenopavzi, Ginekološke teme v perimenopavzi, Nosečnost v perimenopavzi, Izkušnje in malo mlajši ter Osteoporoza.

Posebnost hrvaških kongresov o menopavzi so panelne razprave, od katerih je bila ena posvečena umetni inteligenci v medicini, druga funkcionalni regenerativni ginekologiji in tretja malim ženskim razgovorom o mikrobioti. Sijajno organiziran kongres z odličnimi multidisciplinarnimi predavanji o vseh temah, povezanih z ženskim zdravjem! Organizatorji se niso bali »dobičkonosnih« tem, niti tistih, ki mogoče še niso dovolj dobro »z dokazi podprte«. Vodilo je bilo, kot mora vedno biti, ponuditi poslušalcem aktualne informacije, s katerimi lahko pomagamo našim pacientkam – ker samo to šteje.

Doc. dr. Damir Franić, dr. med., spec. ginek. in porod., Ginekologija dr. Franić d.o.o., Rogaška Slatina, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru

Velik in pomemben antropološki dogodek v Zagrebu

Maruška Vidovič

Od 5. do 8. septembra 2024 je potekal na Univerzi v Zagrebu velik **antropološki kongres**, ki je združil kongrese treh najuglednejših mednarodnih antropoloških organizacij. Prvi od njih je bil 23. kongres Evropskega antropološkega združenja (EAA), poimenovan »**Antropologija v antropocenu: Raziskovanje človekovega vpliva na globalni ekosistem**«. Kot je povedala poljska profesorica Maria

Kaczmarek, predsednica združenja, z multidisciplinarnostjo lahko globlje razumemo kompleksnost človekovega vpliva na naš planet v antropocenski dobi, v kateri živimo. Z inovativnimi raziskovalnimi temami in pristopi bomo bolje razumeli človeka kot sestavni del ekosistema. Pozvala je tudi, da moramo gojiti in vzdrževati močno evropsko antropološko združenje, ki je glavni organizator tega velikega kongresa.

Pridružen je bil 16. kongres Mednarodnega združenja za proučevanje človekove rasti in klinične avksologije (ISGA), z naslovom »**Človekova rast in razvoj: znanstveni napredek in aplikacije za klinično prakso in zdravje populacije**«. Zbrane je nagovoril tudi generalni sekretar združenja, ameriški profesor Lawrence M. Schell z Univerze Albany, New York, ki je v svojem govoru izrekel dobrodošlico temu povezovalnemu kongresu ter poudaril prednosti, da smo lahko vsi udeleženci poslušali vse in sodelovali pri vseh programih.



(1) Kongresna dvorana. (2) Prof. dr. Marija Kaczmarek. (3) Prof. dr. Barry Bogin, Loughborough University, Združeno kraljestvo. (4) Dr. Jelena Šarec, Inštitut za antropologijo Zagreb.

Tretji je bil kongres SSHB, močnega in uglednega združenja za študij humane biologije (tako Angleži imenujejo biološko antropologijo).

Gostitelj tega velikega kongresa je bil Inštitut za antropološka raziskovanja iz Zagreba in Center za uporabno bioantropologijo (BIOANT). Kongresa so se udeležili večinoma biološki antropologi, nekaj zdravnikov in strokovnjakov z drugih področij. Poudarjena je bila interdisciplinarnost oz. multidisciplinarnost, ki danes osvaja svet raziskovanja in napredka.

Na slovesnem odprtju so se zvrstili govorniki s področja znanosti in politike. Sledilo je posebno plenarno predavanje prof. dr. Dragana Primorca, profesorja na več hrvaških in ameriških univerzah, z naslovom »Personalizirana medicina: mit ali resničnost«.

Kongres se je nato nadaljeval v treh dvoranah in po posameznih tematskih sekcijah. Antropologija je zelo široka veda, zasnovana na celostnem pristopu, ki jo odlikuje, zato je bil program bogat in vsebinsko

obsežen. Teme so bile moderne in zanimive. Veliko je bilo odličnih vabljenih predavanj profesorjev z uglednih tujih univerz, med drugim tudi iz Šole javnega zdravja »Andrija Štampar« iz Zagreba in bolnišnica, ki sodelujejo z antropologi. V posebnih sekcijah so bili tudi razstavljeni in predstavljeni posterji. Zanimanje udeležencev je bilo veliko, izvedeti so želeli čim več novega in novosti prenesti v svoja delovna okolja.

Posamezne sekcije so obravnavale zelo obširne evolucijske teme, številne in različne genetske ter ekološke teme, rast in razvoj z več vidikov, predstavljene so bile tudi nove statistične metode in modeli, človekova variabilnost, prilagajanje, bioarheologija, staranje, populacijska dinamika, uporabni in inovativni pristopi itd. Predstavitev v navedenih sekcijah je bilo preveč, da bi jih lahko naštel. Nagrajena sta bila najboljša ustna predstavitev in najboljši poster.

Biološka antropologinja z Nacionalnega inštituta za javno zdravje v Ljubljani sem se kongresa udeležila z

ustno predstavitvijo v sekciji Človekova variabilnost, prehrana, z naslovom: »Antropološka raziskava o prehrani: Kaj so nam povedale srednjeveške freske«. Raziskava o prehrani je del naših celostnih antropoloških raziskav z loško-selškega področja, kjer smo naredili celo paleto antropoloških raziskav. Vesela sem bila, da so predstavitve poslušali številni udeleženci in da je vzbudila veliko zanimanja.

Druženje ob kongresu je v sproščenem vzdušju nudilo priložnost za nadaljevanje zanimivih pogovorov ter vzpostavilo nova poznanstva in prijateljstva.

V Ljubljano sem se vrnila z najlepšimi vtisi, novimi znanji in novimi poznanstvi ter z zavedanjem, da je biološko-medicinska antropologija, ki se ji posvečamo, jo razvijamo in raziskujemo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje v Ljubljani, v okviru svetovnih trendov in pomemben del javnega zdravja.

Dr. Maruška Vidovič, biol. antrop.,
NIJZ, maruska.vidovic@nijz.si

Mojstrski tečaj komunikacije v paliativni oskrbi pod vodstvom Franka Ferrisa

Maribor, 15. in 16. oktober 2024

Maja Šeruga, Nevenka Krčevski Škvarč, Vesna Ribarič Zupanc, Andrej Žist

V odlični organizaciji Enote za paliativno oskrbo v UKC Maribor in Slovenskega združenja paliativne in hospic oskrbe smo se zbrali pod jesenskim Pohorjem na mojstrskem tečaju komunikacije v paliativni

oskrbi. Tečaj je zasnoval in vodil kanadsko-ameriški zdravnik, strokovnjak za paliativno medicino, prof. Frank D. Ferris. Je eden od začetnikov paliativne oskrbe, kot jo poznamo, in je dobro poznan vsem, ki se



Prof. Frank D. Ferris, kanadsko-ameriški strokovnjak za paliativno medicino



Udeleženci delavnice smo bili razdeljeni v skupine, kar je omogočalo intenzivnejšo izmenjavo mnenj.

ukvarjajo s paliativno in hospic oskrbo. Izjemno je dejaven na področju izobraževanja paliativnih timov po vsej Evropi, pri čemer je zelo naklonjen nekdanjim državam vzhodnega bloka, zlasti Romuniji, Madžarski in tudi nam, v Sloveniji.

Delavnice so bile sestavljene iz menjavanja teoretičnega in praktičnega dela z igrami vlog. Nastopili so tudi igralci – na daljavo iz San Diega, kjer dr. Ferris deluje. Teme na tečaju so obsegale različne vidike komunikacije, kot je sporočanje diagnoze in slabe novice, pojasnjevanje prognoze in sprejemanje odločitev o intenzivnosti zdravljenja skupaj z bolnikom in družino, komunikacija z (zahtevnimi) svojci, komunikacija v timu in reševanje konfliktov. Poseben poudarek je bil na podajanju prognoze, čemur se v našem okolju zelo radi izognemo. Prognoza je zelo pomembna zaradi načrtovanja obravnave. Po raziskavah zdravniki slabo ocenjujemo prognozo. Praviloma jo precenimo za 3- do 5-krat, kar je odraz našega upanja in želje, da bi bolnikom lahko sporočili boljše novice. Na prvi pogled se zdi to prijazno in dobro, a se lahko izkaže kot zelo nekorektno do pacienta in družine. Zato nam je lahko v pomoč vprašanje, zakaj pacienta zanima ocena njegovega preživetja. Velikokrat se izkaže, da imajo pacienti v mislih neko konkretno skrb. Z našim korektnim odgovorom jim lahko pomagamo organizirati in pravočasno urediti svoje stvari. Da smo si lažje predsta-

vljali potek komunikacije, je prof. Ferris nekaj situacij odigral z igralci. Ti so bili zelo realistično predstavljeni, tako da nismo niti pomislili na to, da ne gre za »prave« paciente.

Tina Bregant, ki se je delavnice že udeležila v tujini in je bila tudi prisotna na prvi slovenski delavnici, je povzela: Udeleženci smo vadili večine komunikacije tako, da smo bili razdeljeni v manjše skupine, kar je omogočalo intenzivnejšo izmenjavo mnenj. V igri vlog smo se preizkusili ne le v svoji običajni vlogi zdravnika, pač pa smo prevzemali tudi druge vloge. Vživelimo smo se v bolnike, svojce, druge zdravstvene delavce. Marsikdo od nas je tudi razmišljal o sebi, svojih željah in vrednotah ter o tem, kaj si želi zase in kako razmišlja o bolezni in umiranju, a tudi o življenju. K uspešnemu poteku igre vlog je zelo pripomoglo, da se je delo v skupinah začelo z medsebojnim spoznavanjem, ki je omogočilo večje zaupanje. Tako smo lahko tudi brez težav sprejeli konstruktivne komentarje, k čemur so nas še dodatno spodbujali mentorji skupin. Podajanje konstruktivne kritike, zlasti v timu, je namreč izjemno pomembno. Edino tako se namreč lahko izboljšamo. Za paciente pa je dobro delujoči tim zelo pomemben, saj edino tak omogoča dobro paliativno oskrbo. Paliativna oskrba je učinkovit sestavni del zdravstvene prakse takrat, ko vsak v timu učinkovito komunicira in se pogaja o ciljih oskrbe na podlagi

pacientovih želja in prioritet ter realnih terapevtskih rezultatov in so pacienti, ki živijo z napredovalimi boleznimi, sposobni živeti polno življenje. Paliativna oskrba je namreč izjemno zahtevna in intenzivna za vse, ki v njej sodelujejo. Uspešni smo, ko se vpliv bolezni in trpljenja na družino in družbo znatno zmanjša. Paliativna oskrba sloni na strokovni in humanitarni osnovi, s čimer pripomoremo k bolj sočutni in prijazni družbi, kjer trpljenje blažimo tudi s človeško bližino in strokovnostjo.

Na delavnici so nam bili v veliko pomoč pripravljene materiali v slovenskem jeziku. Izjemno lepo pripravljene materiali, ki so vključevali tudi komplet »kart želja«, so kar vabili k sodelovanju in nadaljnji uporabi.

Mentorji skupin so bili izkušeni člani paliativnih timov: Nena Golob, Vesna Ribarič Zupanc, Maja Šeruga, Nevenka Krčevski Škvarč, Maja Ebert Moltara, Andrej Žist, Majda Šarman in Klara Šibila. Organizatorji smo navezali pristne stike s profesorjem Ferrisom in upamo, da bo ustvarjalno sodelovanje potekalo še naprej.

**Prim. doc. dr. Maja Šeruga, dr. med.,
UKC Maribor**

**Prim. doc. dr. Nevenka Krčevski
Škvarč, dr. med., EDPM, UKC Maribor**

**Vesna Ribarič Zupanc, dr. med.,
UKC Maribor**

Andrej Žist, dr. med., UKC Maribor

Strokovna konferenca slovenskih naravnih zdravilišč

in Mednarodni kongres ESPA 2024 v Litvi

Tanja Rauter Pungartnik, Zmago Turk

V četrtek, 4. aprila 2024, je v Termah Olimje potekala **Strokovna konferenca slovenskih naravnih zdravilišč**. Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč (SSNZ) skrbi za povezovanje vseh zdravilišč, ohranjanje in razvijanje balneologije – ene najstarejših interdisciplinarnih medicinskih ved. V SSNZ svoje izkušnje in znanja povezuje 12 zdravilišč v državi. Zdraviliške programe sestavljajo sodobni rehabilitacijski postopki, ki temeljijo na souporabi naravnih zdravilnih sredstev. Za pripravo konference so se slovenska naravna zdravilišča strokovno povežala in vsi člani SSNZ smo skupaj pripravili prispevke s področja rehabilitacije. Osnova je bil pregled obstoječe znanstvene literature o balneo-rehabilitaciji na različnih področjih. Sledilo je usklajevanje med vsemi destinacijami glede vključevanja ciljnih skupine pacientov, da smo zbrali čim podobnejše patologije na posameznem rehabilitacijskem področju v večji vzorec, ki je vključeval paciente iz vseh slovenskih rehabilitacijskih centrov. Sledila je statistična analiza pridobljenih podatkov, nato pa primerjava rezultatov z dostopno literaturo. Zbrali smo vodje posameznih rehabilitacijskih področij, ki so nato dokončno pripravili prispevek o učinkovitosti zdravljenja. Organizirali smo splošni del o balneologiji in specialni del o rehabilitaciji po okvarah in poškodbah zgornjega uda, spodnjega uda in hrbtenice. Sledili so prispevki o rehabilitaciji po miokardnem infarktu, po boleznih prebavil in operacijah prostate.

Konferenco je začela **Barbara Adlešič** s predavanjem **Pregled**

vseh naravnih faktorjev, indikacij in dokazi o učinkovitosti. Izpostavila je, da se največkrat uporabita termomineralna voda ter peloidi. Študije so tudi pokazale, da lahko balneoterapija vpliva na olajšanje določenih simptomov. Poudarila je glavne učinke balneologije, kot so: zmanjšanje bolečin, izboljšanje funkcij in kakovosti življenja, imunomodulatorni, protivnetni, antioksidativni in hondroprotektivni učinek.

Ana Golež je predstavila temo **Na kratko o balneologiji**, v kateri je govorila o začetku balneologije in kako se je ta razvijala v medicinski smeri. V tem prispevku se je vključil tudi **prof. dr. Zmago Turk**, ki je vse pozval k sodelovanju pri ohranjanju tega naravnega bisera. Izpostavil je, da je balneologija medicinska znanost, in spodbudil k raziskavam na področju balneologije.

Mario Bartolac je natančno opredelil **Standarde zdraviliškega zdravljenja in pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (POZZ)**. Predstavljene so bile smernice, in sicer kdo je upravičen do zdraviliške rehabilitacije.

Dotaknili smo se tudi **sodobnih merilnih instrumentov** za objektivizacijo kliničnega stanja. **Khalid Nassib** je prikazal uporabo Biodexa in Back-checka pri merjenju rezultatov rehabilitacije.

Nato je sledila predstavitev **Aleksandre Krznar** z naslovom **Rehabilitacije pacientov, koloniziranih z večkratno odpornimi bakterijami (VOB)**, saj se tudi zdravilišča srečujejo s takšnimi bolniki. Razjasnila je najpogostejše bakterije in kako ravnati s kolonizira-

nimi pacienti. Pomembno je, da VOB odkrijemo, poznati pa je treba ukrepe proti širjenju VOB. Najpomembnejši in najučinkovitejši ukrep je higiena rok.

Rehabilitacijo po zlomu kolka v slovenskih naravnih zdraviliščih je predstavila **Mateja Lukšič Gorjanc**. Gre za najpogostejši razlog za hospitalizacijo in operacijo starostnikov. Prišli smo do naslednjih ugotovitev: povprečna starost poškodovancev se povečuje, ocena po FIM (lestvica funkcionalne neodvisnosti) se znižuje, priporočen čas od poškodbe do operacije ter do začetka rehabilitacije je pomemben, ker vpliva na preživetje, zaplete in na izid rehabilitacije.

Lasko Gelebesev je pripravil predavanji **Rehabilitacija po totalni endoprotezi kolka zaradi artroze in Rehabilitacija pacientov po operaciji stenoze vratnega, lumbalnega dela in zatrditvah hrbtenice v slovenskih naravnih zdraviliščih**. Arthroplastika kolka je edino učinkovito zdravljenje napredovale artroze kolka. V mednarodni literaturi je našel članke, ki so trdili, da rehabilitacija vpliva na značilno zmanjšanje bolečine, povečanje obsega gibanja, izboljšanje mišične moči in zmanjšano uporabo zdravil. Vse to smo tudi mi potrdili v naši raziskavi, največji napredek pa je bil pri zmanjšanju bolečine.

Rezultati po operacijah na hrbtenici so pokazali, da po zdraviliški rehabilitaciji pride do statističnega izboljšanja gibljivosti hrbtenice in prav tako do izboljšanja funkcionalnega stanja pacientov, ki smo jih ocenili s pomočjo vprašalnikov ODI in BPI.

Nato je bil predstavljen prispevek **Rehabilitacija pacientov po poškodbi in rekonstrukciji križnih vezi kolena**. **Neža Strniša** je poudarila, da je kirurški poseg potreben za obnovo stabilnosti,



Slovenski balneologi

rehabilitacija pa je pomembna za popolno okrevanje. Rezultati naše raziskave so pokazali, da se je po balneorehabilitaciji gibljivost kolenskega sklepa statistično značilno povečala, oteklina operiranega spodnjega uda pa statistično značilno zmanjšala. Dokazali smo tudi, da z zdraviliško rehabilitacijo dosežemo večjo mišično moč spodnjih udov.

Rehabilitacijo pacientov po operacijah gležnja v slovenskih naravnih zdraviliščih je predstavila **Žaklina Damnjanović**. Ugotovili smo, da so poškodbe gležnja med najpogostejšimi poškodbami pri športnikih in drugih fizično aktivnih posameznikih. Pogosto imajo negativne učinke na delovno aktivnost, osnovne življenjske aktivnosti, športno dejavnost in psihično počutje. Analizirali smo podatke pacientov iz zdravilišč in rezultati so pokazali statistično značilno razliko za vse aktivne gibe pred in po rehabilitaciji, kot tudi za pasivne gibe. Najboljši rezultati so bili pri inverziji in dorzalni fleksiji.

Tanja Rauter Pungartnik je predavala o **Rehabilitaciji pacientov po poškodbah in okvarah rame v slovenskih naravnih zdraviliščih** in **Rehabilitaciji po poškodbah in okvarah komolca**. Patologija rame zajema celoten spekter od poškodb do tendinopatij, delnih raztrganin in popolnih raztrganin. Dobili smo velik vzorec pacientov in rezultate primerjali tudi s študija-

mi. Dokazali smo, da je prišlo do statistično značilnega izboljšanja večine gibov v ramenskem sklepu in tudi pomembnega izboljšanja funkcije rame. Pomembno je, da se rehabilitacija pri pacientih izvede pod nadzorom fizioterapevta; če pacient dobi samo navodila, rezultat rehabilitacije ni zadovoljiv.

O rehabilitaciji komolca je malo literature, zato smo težje naredili primerjavo. Naši rezultati so pokazali, da nismo dosegli statistično pomembnega izboljšanja gibljivosti, prišlo je pa do statistično pomembnega izboljšanja funkcije komolca, kar smo ovrednotili z Oxfordovo lestvico.

Pri **nevrolški rehabilitaciji** je **Živa Klarer Zebec** analizirala incidenco padcev bolnikov po možganski kapi. Padci se pogosto pojavijo v vseh fazah okrevanja po možganski kapi in so eden najpogostejših zapletov po kapi. Večina padcev v času hospitalizacije je povezana s premeščanjem in poskusi aktivnosti brez nadzora, medtem ko je večina padcev v domačem okolju povezana s hojo.

V predavanju **Rehabilitacija po prebolelem infarktu miokarda** je **Ante Višič** opredelil, da gre za multidisciplinarno dejavnost z različnimi cilji, ki se delijo na: fizične, psihološke in socialne. Na ravni slovenskih zdravilišč je bil sicer pridobljen majhen vzorec pacientov. Izvajal se je nadzor holesterola LDL in zvišane povprečne funkcionalne

zmogljivosti na začetku in koncu rehabilitacije. Doseženi so bili zadovoljivi rezultati.

Rehabilitacijo po operaciji prostate je predstavila **Ana Murko**. Zadovoljstvo pacientov je bilo ocenjeno s pomočjo anketnih vprašalnikov. Analiza odgovorov je pokazala, da imajo bolniki po operaciji karcinoma prostate v veliki večini urinsko inkontinenco ter da jih ta precej ovira pri vsakodnevnih življenjskih opravilih. Zdravljenje v termah poteka tako, da je največji poudarek na vajah za krepitev mišic medeničnega dna. Bolniki dobijo tudi pisna navodila. Na podlagi ankete smo ugotovili, da so pacienti zadovoljni z rehabilitacijo, povprečna ocena je bila 8,5 od 10 možnih točk.

Konferenco je zaključila **Suzana Lazarova** s predavanjem **Rehabilitacija pacientov z boleznimi prebavil**, v katerem je izpostavila pomen primerne prehrane v slovenskih naravnih zdraviliščih, kjer se prav tako uporablja naravne zdravilne faktorje, kot so: naravna mineralna voda Donat iz izvira, termomineralna voda, fango obloge, naravne CO₂-koperli in naravna zelišča za inhalacije, obloge in kopeli. Ob zaključku spremljanja pacientov je bilo ugotovljeno, da se bolnikom med rehabilitacijo poveča telesna teža, predvsem pusta masa, izboljšujejo se ravnotežje, mišična moč, gibljivost, koordinacija gibov, vzdržljivost, funkcionalna sposobnost in splošno počutje.

Od 24. do 27. septembra 2024 je mesto **Druskininkai** v **Litvi** gostilo **28. evropski kongres zdravilišč in balneologije**. Dogodek, ki je potekal v priznanem Grand Spa Lietuva, je povezal 220 uglednih udeležencev iz 27 držav. Predstavljene so bile aktivnosti in raziskave o učinkovitosti balneoterapije na stres,

anksioznost, depresijo in sladkorno bolezen, ki potekajo v evropskih državah. V Litvi je imela tudi Slovenija svojo predstavnico, in sicer **Tanjo Rauter Pungartnik**, ki je predstavila skupno strokovno delo slovenskih naravnih zdravilišč. Izpostavila je aktivnosti in prizadevanja slovenskih rehabilitacijskih zdraviliških timov o

ohranjanju balneologije kot znanosti in poudarila pomen metod sodobne rehabilitacije pri izboljšanju kakovosti življenja v Sloveniji.

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., v. svet., Maribor
Tanja Rauter Pungartnik, dr. med., Terme Ptuj d.o.o.

Zdravje in dobro počutje mladostnikov – upanje v času negotovosti

Adolescent Health and Well-being – Hope in a Time of Uncertainty – 23. evropska regionalna konferenca IAAH, København, 10.–11. oktober 2024

Bernarda Vogrin

The International Association for Adolescent Health (IAAH) je mednarodno združenje zdravstvenih stro-

kovnjakov, ki se posvečajo mladostnikom in mladim od 10. do 24. leta. Z združenjem sodeluje tudi naša Sekcija

za šolsko, študentsko in adolescentno medicino.

Regionalna evropska konferenca poteka vsaki dve leti. Septembra 2008 smo jo organizirali tudi slovenski šolski zdravniki, in sicer v Portorožu, skupaj z Generalno skupščino EUSUHM (European Union for School and University Health and Medicine).



Nastopajoči v sklopu Nordic Youth Panel

Letos so jo organizirale skandinavske države Danska, Švedska, Finska in Norveška v Københavnu. Vsebina je bila bogata in popestrjena s številnimi praktičnimi delavnicami od komunikacije z adolescenti do skrbi za lastno zdravje in preventive pred izgorelostjo.

Posebno noto srečanja je prispeval Nordic Youth Panel – združenje mladih s kroničnimi boleznimi iz vseh štirih omenjenih nordijskih držav. Udeležence so ganile njihove izpovedi, kako se po odpustu iz pediatrične obravnave, usmerjene v otroka in družino, soočajo z razdrobljeno zdravstveno oskrbo za odrasle, ločeno po specialnostih. Mladi, bolj ali manj zgubljeni v zdravstvenem sistemu, so pozvali vse zdravstvene delavce, da se kroničnim bolnikom zagotovi ustrezna postopna predaja oz. prehod iz pediatrične v oskrbo za odrasle.

Drugi poziv je bil namenjen sodelovanju zdravstva in šolstva, da se jim kljub različnim oviranostim omogoči nemoteno izobraževanje.

Srečanja sem se udeležila iz več razlogov, predvsem zaradi adolescentne medicine, ki je zadnja leta posebej pritegnila mojo strokovno pozornost.

Aprila 2022 je bil namreč v okviru Medicinske fakultete v Mariboru ustanovljen Inštitut za adolescentno medicino in preventivno pediatrijo.

S tem namenom sem se udeležila že evropske regionalne konference IAAH v Atenah pred dvema letoma. Organizirana je bila v popolnoma enakem časovnem sosledju kot letos; natančno en teden po evropskem kongresu EUSUHM, ki ga je gostil Split.

Vedno mi je bila uganka, zakaj si odlična srečanja, tuja in domača, sledijo v tako kratkih časovnih razmikih. Vsaj meni – verjamem, da tudi ostalim kolegicam in kolegom – to predstavlja velik stres, predvsem pa škodo našemu kontinuiranemu strokovnemu napredku. Ob hudem pomankanju zdravnikov in posledično velikih obremenitvah bi morali tudi organizatorji strokovnih izobraževanj spoštovati naš čas. Ne bi škodilo niti zavedanje, da prevelika gostota izobraževanj neizbežno vodi v zmanjševanje kakovosti.

Konference v Københavnu sem se udeležila kot podpredsednica Multidisciplinarnega odbora za adolescentno medicino pri UEMS (European Union

of Medical Specialists), z namenom, da bi utrdili sodelovanje med evropskimi organizacijami, ki skrbijo za šolske otroke, mladostnike in mlade odrasle. Napori so bili poplačani, saj sta tako generalna sekretarka evropskega združenja IAAH in predsednik svetovnega združenja IAAH potrdila, da si želijo sodelovanja med vsemi organizacijami.

Resnost obljube potrjuje namera skupne organizacije evropskega kongresa EUSUHM in regionalne konference IAAH v Ljubljani septembra 2026.

Že zdaj ste lepo vabljeni k aktivni in pasivni udeležbi vsi, ki skrbite za zdravje otrok, mladostnikov in mladih odraslih. Največji navdušenci na področju adolescentne medicine se boste pred Ljubljano 2026 lahko udeležili še svetovnega kongresa IAAH, od 6. do 8. novembra 2025 na Jamajki.

**Asist. dr. Bernarda Vogrin, dr. med.,
spec. ped., Pedenjped d.o.o.,
Lenart v Slovenskih Goricah,
Univerza v Mariboru, Medicinska
fakulteta**

Nevarni svinec

Nina Mazi

Raziskovalci z nasprotne strani Atlantika ugotavljajo, da je izpostavljenost tamkajšnje populacije svincu pri njej povzročila resne okvare duševnega zdravja. Izsledki novjših raziskav pričajo, da je vsesplošna izpostavljenost svincu terjala ne le visok fizični, marveč tudi in predvsem psihični davek. Nenehni stik s škodljivo kovino, ki so jo leta 1923 začeli dodajati naftnim derivatom (osvinčeni bencin) v želji, da bi zavarovali motor, je še danes predmet poglobljenih strokovnih debat in znanstvenih raziskav. Posledice vsebnosti svinca v vodi, zraku in prsti/tleh naj bi prizadele psihično ravnovesje najmanj 151 milijonov prebivalcev nove celine. Tamkajšnji prebivalci se pogosteje uvrščajo med depresivne, melanholične, brezvoljne, prestrašene in zaskrbljene. Najbolj opazni so

depresivni, anksiozni, hiperaktivni posamezniki z motnjami pozornosti (ADHD). Skrb za dobro delovanje avtomobilskega motorja se je izkazala kot pomembna grožnja zdravju človeka. Dobrih 100 let življenja v okolju, onesnaženem s svincem, je terjalo visok davek, ki ga s psihičnimi težavami plačuje sodobna populacija vseh generacij.

Viri: Duke University Research Report 12/24, www.science.com, www.sciencedaily.com

Nina Mazi, Ljubljana

Odprti dialogi

Zdenka Čebašek - Travnik

Pisanje o knjigi *Odprti dialogi* je nastajalo v obdobju, ko smo bili seznanjeni z odločitvijo Evropskega sodišča za človekove pravice (ESČP), ki je v pritožbi matere otrok, ki so ji jih z izvršbo odvzeli in jih izročili očetu, ugotovilo kršitev pravice do zasebnega in družinskega življenja ter pravice do poštenega sojenja. Pri tem je sodišče navedlo, »da je bila izvršba otrok nepravilna in nesorazmerna, ljubljansko okrožno sodišče tudi ni obrazložilo, zakaj ni najprej uporabilo manj restriktivne in torej primernejše alternative. Ni dvoma, da je bila izvršba za otroke travmatična in jim je povzročila veliko stisko.« Ker po mnenju ESČP ni bilo razlogov za tako potezo, ESČP šteje, da so z njo kršili pravice mladoletnikov. Izvršba otrok je bila izpeljana marca 2020 in že takrat je sodni izvršitelj povedal, da je izvršba z odvzemom otrok najtežje izvršiteljsko delo, a nanj gleda kot na moralno dolžnost, ki je v dobro in korist otroka. Otroci so se v postopku, ki je trajal štiri ure, upirali in jokali. Med postopkom je izvršitelj poklical sodnico za nasvet, ona je vztrajala, naj izvršbo konča.

Celoten proces je vzbudil veliko odzivov javnosti in čeprav so podrobnosti zaradi varovanja podatkov o mladoletnih osebah tajne, lahko kot oddaljeni opazovalci ugotovimo, da dialog

med vsemi vpletenimi nikoli ni zares stekel. Zaradi tajnosti postopka tudi ne moremo vedeti, ali in na kakšen način so v procesu odločanja na vseh treh sodiščih sodelovali strokovnjaki s področja psihosocialnega dela. Lahko pa sklepamo, da odprti dialog med vsemi sistemi oz. institucijami (oba starša, sodišče, center za socialno delo, sodni izvedenci, sodni izvršitelj in verjetno še kdo) ni stekel.

Povezavo med opisanim sodnim procesom in knjigo *Odprti dialogi* opažam na več ravneh, zato bi rada k branju spodbudila vse, ki delujemo na področju psihosocialnega dela v zdravstvu, torej tudi zdravnike, psihologe in socialne delavce.

Knjiga o inovativnem dialoško-mrežnem pristopu k duševnim stiskam z naslovom *Dialogical Meetings in Social Networks* je prvokrat izšla leta 2006, (še) leta 2024 pa smo dobili slovenski prevod. Inovacije sežejo v leto 1995, ko je Seikkula objavil članek o *odprtih dialogih*, Arnkil z Eriksonom pa o *dialogih predvidevanj*. Mineva torej trideset let od inovacij, ki so temeljito spremenile obravnavo duševnih (psihiatričnih) motenj v skandinavskih državah. O inovaciji smo dobili nekaj informacij v knjigi Roberta Whitakerja *Pogubnost kemopsihiatrije* (Isis, november 2024), zdaj pa imamo na voljo še izvorna besedila raziskovalcev. Jaakko Seikkula in Tom Erik Arnkil sta svojo inovacijo preizkušala v praksi in jo utemeljila z uspešno obravnavo ter o tem sproti objavljala v strokovni literaturi. Rezultati naturalističnih raziskav, opravljenih na terenu, so pripeljali do novega okvira za vrednotenje psihosocialne pomoči. Študije odprtih dialogov so pokazale boljše izide pri pacientih, ki niso prejeli nevroleptičnih zdravil ali so jih začeli jemati kasneje. To je povzročilo precej skepse in odporov pri strokovnjakih v do tedaj dobro uveljavljeni terapiji duševnih bolezni z zdravili. »Odprti dialog je način organiziranja psihiatričnih storitev z namenom, da se pacientu med krizo zagotovi nujna pomoč v sodelovanju z družino in drugimi deli njegove socialne mreže,« je v intervjuju v reviji *Sensa* pojasnil Jaakko Seikkula. »Poudarek ob tem ni na simptomih ali določeni rešitvi, temveč poskušati razumeti, kaj se je zgodilo in kaj je osebo pripeljalo v krizo.«



Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil:
*Odprti dialogi. Inovativen dialoško-
-mrežni pristop k duševnim stiskam.*
Chiara, 2024.

(<https://sensa.metropolitan.si/terapevti-svetujejo/odprti-dialog-nov-pristop-k-dusevnemu-zdravju/>)

Avtorja v uvodu knjige *odprte dialoge* postavljata v »nov kontekst – na nikogaršnjo zemljo več udeležencev in ne v tradicionalna okolja psihoterapije dveh posameznikov ali družine v primeru družinske terapije«. Pri tem so skupaj s sodelavci izkoristili in združili zamisli številnih virov, preizkušali nove načine, predvsem pa so poskušali pozorno prisluhniti, kako se odziva vsakokratno okolje, ter tako vzpostavili dvosmerni pretok med prakso in teorijo. V knjigi je zajetih približno dvajset let raziskav in razvoja. Kot je v spremni besedi slovenskega prevoda zapisal psihiater in psihoterapevt Miran Možina, so se v letih od 2006 do 2022 metode odprtih dialogov priučili v najmanj 142 timih v 24 državah. Povsod se ohranja značilnost, da se vse obravnavne odločitve sprejemajo v prisotnosti pacienta oz. uporabnika in njegove/njene širše socialne mreže. Možina s sodelavci tudi ugotavlja, da Slovenija zaostaja za številnimi evropskimi državami pri spreminjanju težišča skrbi za duševno zdravje z biomedicinskega na biopsihosocialni pristop.

Odprti dialogi in dialogi predvidevanj, ki predstavljajo osrednjo tematiko knjige, uvajajo dialoge med socialnimi mrežami, s katerimi se psihoterapija in socialno delo ukvarjata že več desetletij. Širši kontekst mrežnih dialogov je srečanje med življenjskim svetom uporabnikov in razdrobljenim strokovnim sistemom ter preizkušanje prečkanja mej – tako znotraj posameznega sistema kot med njima. Obsežno in dokaj zahtevno vsebino sta avtorja razdelila v tri dele: v prvem na kratko opisujeta poti, ki so vodile do odprtih dialogov in dialogov predvidevanj, drugi del je namenjen smernicam, njihovem nastanku in uporabi, v tretjem delu pa obravnava študije učinkovitosti ter možnosti prenosa in posploševanja dobrih praks. Na koncu knjige najdemo obsežen seznam virov, s pomočjo katerih lahko tudi sami preverjamo

razvoj metode in rezultate posameznih raziskovalcev in raziskovalnih skupin.

Knjiga ne ponuja enostavnih rešitev, temveč bralca usmerja v poglobljeno branje in iskanje rešitev, pri čemer si lahko pomagamo s tremi ključnimi vprašanji za člane timov:

- Kaj bi se zgodilo, če ne bi naredili ničesar?
- Kaj bi lahko storili, da bi prispevali k ustreznim drugačnosti?
- Kaj bi se zgodilo, če bi to storili?

Poskus predvidevanja, »kaj se zgodi, če ...«, zahteva osebno vpletenost, pri kateri ne uporabljamo samo strokovnega znanja, temveč lahko uporabimo tudi čustvene in moralne sposobnosti za »občutenje« edinstvene situacije. Na ta način se približujemo delovanju sistemskih družinskih terapevtov, ki morajo pri sebi prepoznati takšne reakcije in jih ustrezno uporabiti pri nadaljnjih terapevtskih korakih. Na tem mestu moramo omeniti Evan Imber Black (1944–2024), psihoterapevko in starostno sistemske družinske terapije, ki je poudarjala, da ne smemo govoriti o večproblemskih družinah, temveč o »družinah, ki so povezane z več institucijami«. Tom Arnkil je bil navdušen nad tem njenim pojmom, saj je bilo to, o čemer je govorila, smiselno tudi s sociološkega vidika. (*Opomba: Na tem mestu je vidna povezava z opisanim primerom v uvodu tega sestavka.*)

Avtorja v knjigi pojasnjujeta različne koncepte, ki se uporabljajo pri metodi odprtih dialogov in dialogov predvidevanj, pri čemer je posebej zanimiv koncept *mejnega sistema*, v katerega družina vnese svojo težavo in način delovanja, terapevtski tim pa svoje naloge v obravnavi, svojo organiziranost, prilagodljivost in vsestranskost. »Poudarek ni več na splošnem strokovnem znanju tima: bistvo je sposobnost tima, da se prilagodi vsaki situaciji.«

Bogato strokovno besedilo je ponazorjeno s primeri, s kakršnimi se srečujemo tudi v naši psihosocialni, psihoterapevtski in psihiatrični praksi, zato lahko »naše« primere

vsaj delno poskusimo obravnavati s to metodo. Pri tem lahko naletimo na omejitve, ki jih postavlja naša organiziranost sistemov psihosocialne pomoči: sklicevanje interdisciplinarnih timov in uporaba koncepta mejnega sistema zahteva preveč formalnih postopkov in hkrati onemogoča ustrezno financiranje strokovnega tima, ki je vsaj v okviru zdravstvenega sistema vezan na »opravljene storitve«. Nekaj več možnosti uporabe odprtih dialogov se obeta v centrih za duševno zdravje odraslih, še posebej, če se bodo tamkajšnji strokovnjaki lahko usposabljali tudi v tej smeri. Pri uporabi resnično dialoškega pristopa prihaja do spremembe iz vertikalne hierarhije v horizontalno in tako sodelovanje med zdravnikom in pacientom ni toliko vezano na sistemske omejitve, temveč na njegove odločitve za drugačen pogled na situacijo.

Dr. Jaakko Seikkula in Robert Whitaker sta oktobra 2024 gostovala v Sloveniji na Dnevih Leona Lojka in sodelovala s predavanji *Odprti dialog kot humanistična praksa: mobilizira vire posameznikov in družin za ,ozdravitev' hudih kriz* (Seikkula) in *Model bolezni v psihiatrični oskrbi je spodletel. Kaj pa zdaj?* (Whitaker).

Ena od udeleženk tega strokovnega srečanja je zapisala, da se avtorja *Odprtih dialogov* podata globlje, v samo srčiko praktične izvedbe dialoške obravnave. Posameznik z duševno motnjo ni več bolnik z boleznijo, ampak človeško bitje, ki je razvilo kompleksen odziv na težko situacijo. Na ta način se lahko vzpostavi okolje, ki dovoljuje in hkrati zahteva nove oblike dialoške interakcije, ki vse udeležene (kliente, njihovo socialno mrežo in strokovnjake) obravnava kot enakopravne in omogoča nova (ne)hierarhična razmerja ter posledično bolj raznolike in praktične rešitve.

Seikkula in Arnkil opažata, da ima največji učinek na zdravljenje dejavnik, da je pri pomoči/obravnavi nujno prisotna družina klienta/pacienta in njegova širša socialna mreža, torej vsi, ki jih težava zadeva in imajo nanjo svoj pogled. Tako so srečanja dejan-

sko prilagojena posamezniku in potekajo večinoma zunaj zdravstvenih institucij – na klientovem domu ali na drugih zanj pomembnih lokacijah. Tako klient ni več nekdo, ki ima »problem«, temveč ima rešljivo težavo celotna družina. Avtorja tudi poudarjata, da se globoke in dolgoročne spremembe v zdravljenju psihoz in drugih simptomov težkih situacij lahko zgodijo šele, ko pride do spremembe v dojemanju težave pri strokovnem (interdisciplinarnem) timu. To se lahko zgodi, ko so člani tima enakopravni člani obravnave. S tem namenom se izvaja izobraževanje *usmerjevalcev dialoga*, ki so na srečanjih klienta in strokovnega tima prisotni kot vezni člen med udeleženci in poskrbijo, da dejansko poteka dialoška komunikacija, kjer vzniknejo

nov skupni jezik in nove rešitve, ki jih sodelujoči s svojih posameznih zornih kotov ne morejo uzreti.

»Avtorja sta me izjemno ganila, ne samo s humanistično vsebino, temveč tudi s svojim tonom in izrazoslovjem, saj tako neobtožujočega sloga, usmerjenega le na rešitve, danes ne zaznamo prav pogosto,« je še zapisala udeleženka po srečanju z avtorjema.

Sama izhajam iz prve generacije v Sloveniji izšolanih sistemskih družinskih terapevtov in še vedno uporabljam tako pridobljeno znanje, zato knjigo *Odprti dialogi* iskreno priporočam vsem psihiatrom in specializantom psihiatrije, tudi otroške in mladostniške, psihologom in psihoterapevtom ter drugim strokovnjakom, ki se pri svojem delu srečujejo z »družinami, ki so povezane z več

institucijami«. Seveda pa je treba upoštevati tudi omejitve in strokovne pomisleke, ki jih je korektno navedel Miran Možina v svoji spremni besedi in tam tudi poskušal odgovoriti na vprašanje, ali je *odprti dialog* primeren tudi za Slovenijo.

Pred nami je torej slovenska izdaja knjige, ki nam daje priložnost, da podrobneje spoznamo teorijo in prakso odprtih dialogov in dialogov predvidevanj in jih vsaj poskušamo vpeljati v vsakodnevno prakso ter pri tem vedno znova preprišujemo svoj odnos do posameznikov in družin, ki doživljajo hude duševne stiske in bolezni.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med., spec. psihiatrije, Kamnik, Zdenka.cebasek@gmail.com

46. IATROSSKI

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Kranjska Gora, petek, 7. februar 2025



9.30 Tek na smučeh, Rateče, kategorije za ženske in moške:

- A) letnik 1982 in mlajši
- B) 1964–1981
- C) 1963 in starejši
- D) študenti

12.00 Veleslalom, smučišče Kranjska Gora – Dolencev rut, kategorije za ženske in moške:

- A) letnik 1982 in mlajši
- B) 1964–1981
- C) 1963 in starejši
- D) študenti

Vabimo vas, da za veleslalom naberete ekipo vsaj petih tekmovalcev in se ekipno potegujete za točke. Za ekipo pri veleslalomu velja pravilo 3 + 2: tri ženske in dva moška ali trije moški in dve ženski.

13.00 Veleslalom, drugi tek

15.15 Predavanja športne medicine, hotel Ramada, Kranjska Gora

Antikoagulantna terapija in šport

(Joško Fajdiga, dr. med., spec. interne medicine)

Pasti pri rehabilitaciji poškodb mišic

(Nataša Koglot, dr. med., spec. FRM)

17.00 Razglasitev rezultatov, večerja in zabava, hotel Ramada, Kranjska Gora

Kotizacije:

tek 30 EUR

veleslalom 60 EUR

kombinacija: tek in VSL 70 EUR

upokojenci 50 EUR

spremljevalci 35 EUR

študenti (z dokazilom o vpisu)

10 EUR

Kotizacijo nakažete na račun:

Slovensko zdravniško športno društvo Medicus

TRR 02014-0089618943, sklic 1111

Fides sponzorira svoje člane s plačilom kotizacije, če se tako dogovorite v enoti Fides, ki ji pripadate.

Prijava preko **Google obrazca** ali spletne pošte **medicus.iatrosski@gmail.com**.

Odjava je možna do 48 ur pred dogodkom preko spletne pošte.

Udeležba na tekmovanju na lastno odgovornost!

Štartne številke lahko prevzamete od 10. ure dalje ob glavni blagajni žičnice.

Licenčne točke: v postopku.

Organizacijski odbor: prim. Matej Andoljšek, dr. med., Katarina Turk, dr. med., Urška Godec, dr. dent. med., Matjaž Recelj, dr. dent. med., Klara Mihelič, dr. med., Nataša David Šlajkovec, dr. dent. med.

Zapis podrednih, prirednih in vezalnih zloženek – kardiovaskularni, kardio-vaskularni, srčnožilni, srčno-žilni?

Gašper Tonin

Zanima me, ali je bolj ustrezen zapis kardiovaskularni ali kardio-vaskularni? In podobno tudi arterio-venska fistula ali arteriovenska fistula?

Uredništvo Medicinskih razgledov

Vprašanje se dotika zapisa prirednih in podrednih zloženek v slovenskem jeziku, obenem pa se v ta pravila vpletajo še načela, ki so se uveljavila za zapis prevzetih tvorjenk. Največkrat se namreč pojavi zadrega, ali v takih primerih uporabiti vezaj, zapis skupaj ali pa zapis s presledkom.

Ko se zaletimo ob take termine, se moramo najprej vprašati, ali gre res za zloženko (*možganskožilni*) ali pa gre morda za besedno zvezo (npr. *bolečinsko prizadet*), nato pa, ali je zloženka priredna (*arterijsko-venski*) ali podredna (*možganskožilni*).

Anatomija jezika: priredne in podredne zloženke

Najlažje je s prstom pokazati prav na zadnje, saj so pogosto tvorjene iz podrednih stalnih besednih zvez oz. večbesednih terminov. Podredno zloženi pridevnik *možganskožilni* je namreč tvorjen iz večbesednega termina *možgansko žilje*. Sestavini tega večbesednega termina sta v podrednem razmerju (jedro *žilje* in levi ujemalni prilastek *možgansko*) – to pa se kaže tudi pri zapisu, saj upoštevamo načelo, da se tvorjenke iz podrednih besednih zvez zapisuje skupaj. V srednjih šolah učitelji največkrat to ponazorijo s primerom *literarna zgodovina*, iz katere lahko nastane pridevnik *literarnozgodovinski*.

Drugače je pri tistih zloženkah, ki imajo v podstavi priredno besedno zvezo, npr. *arterije in*

vene, srce in žilje. V takem primeru sestavine povežemo z vezajem¹ in tvorimo priredne zloženke, npr. *arterijsko-venski* in *srčno-žilni*. Včasih med seboj povežemo tudi več sestavin, npr. *Gerbec-Morgagni-Adams-Stokesov sindrom*, pri čemer je zanimivo, da pri eponimih običajno ne dodajamo medponskih obrazil kot pri ostalih prirednih tvorjenkah (torej *arterijsko-venski*, ne pa *Gerbec-Morgagnijev-Adamsov-Stokesov sindrom*).

Oblika kroji pomen

Na obliko zapisa moramo biti pozorni, saj nam ta spreminja pomen oz. termin lahko pri drugačnem zapisu označuje drug pojem. Če termin *srčno-žilni* zapišemo z vezajem, to pomeni, da gre za *takega, ki je povezan s srcem in žiljem*, če pa ga zapišemo skupaj, torej *srčnožilni*, pa gre za *takega, ki je povezan s srčnim žiljem*. Srčno-žilni kirurg se tako ukvarja s kirurgijo *srca in žilja*, srčnožilni pa le s kirurgijo *srčnega žilja*.

Čeprav je to osnovno načelo o zapisu podrednih in prirednih tvorjenk precej preprosto, pa za obe pravili poznamo izjeme. V košek z izjemami na žalost spadata tudi termina, ki nas zani-

¹ Gre za kratko črtico (-), ki jo sicer pogosto napačno zamenjujemo s pomišljajem (–), ta pa ima v slovenskem jeziku drugačno vlogo.

mata – kardiovaskularni² in arteriovenska fistula.

Vežalne zloženke

Pod vplivom tujih jezikov, predvsem angleščine, so se k nam z izražnim prevzemanjem prikradli tudi tuji besedotvorni vzorci. Termin angl. *cardiovascular* smo tako prilagodili v zapisu in oblikoslovno, da smo dobili termin *kardiovaskularni*. Podobno se je zgodilo tudi s terminom angl. *arteriovenous* → *arteriovenski*. V slovenščini je takih tvorjenk z okrnjeno prvo sestavino kar precej, imenujemo pa jih vežalne zloženke. Gre za odmik od ustaljene besedotvorne prakse, a je ta sistemski in že tako ustaljen, da je zapis *arterio-venski* neustrezen. Zapis *kardiovaskularni* in *srčno-žilni* tako kljub različnemu zapisu označujeta isti pojem, pri čemer je drugi termin prednostni.

2 Najprej naj poudarim, da je termin *kardiovaskularni* popolnoma smiselno nadomestiti s slovensko ustreznico *srčno-žilni*, ki je že dobro uveljavljena. Nekoliko težje slovensko ustreznico najdemo pridevniku *arteriovenski*, saj sta prevzeta termina *arterija* in *vena* bolj ustaljena kot *odvodnica* in *dovodnica*.

Ustrezeni zapis je tako pri vežalnih zloženkah oz. zloženkah s krnjeno prvo sestavino *kardiovaskularni* in *arteriovenski*. Slovenskemu piscu se bo sicer morda lahko zdel nekoliko nenavaden, saj smo navajeni, da imajo medponsko-priponske zloženke podredno podstavo. Tak primer je npr. *vrvohodec*, ki bi ga razvezali v *ta, ki hodi po vrvi*. Če podobno poskušamo s pridevnikom *arteriovenski*, se hitro ujamemo v različne jezikovne pasti: *tak, ki je iz arterijskih ven?* *Tak, ki ima arterijske vene?* Skratka, če poskušamo razvezati pomen tega prevzetega termina glede na slovenske besedotvorne postopke, hitro lahko zaidemo v pomensko stranpot.

Jezikovni apendiks

Ob vsem naštetem je treba biti pozoren še, da je pri pridevnikih, ki imajo vlogo termina oz. zaznamujejo vrstnost, pravilna uporaba določne oblike (ne *kardiovaskularen*, ampak *kardiovaskularni*).

Podobne omenjenim so sicer tudi medponskoobrazilne zloženke, ki se prav tako zapisujejo skupaj, v medicinskem jeziku pa jih je precej veliko.

Največkrat gre predvsem za zloženke z nadomestno (prevzeto) sestavino, take so npr. *bronhoskopija*, *bronhopulmonija*, *ateroskleroza*, *nevroznost*, *akrodermatitis* in *amniocenteza*. Pisci z njihovim zapisom običajno sicer nimajo težav.

Sklep

Zloženke iz prirednih besednih zvez zapisujemo z vezajem (*tak, ki je povezan s srcem in žiljem* → *srčno-žilni*), tiste iz podrednih zvez pa skupaj (*tak, ki je povezan s srčnim žiljem* → *srčnožilni*). Pri tem so izjema priredne zloženke, ki so bile prevzete iz tujih jezikov (npr. *kardiovaskularni*). Te imenujemo vežalne zloženke in jih zapisujemo skupaj, imajo pa enak pomen kot priredne zloženke z vezajem (v našem primeru *kardiovaskularni* = *srčno-žilni*).

Jezikovna vprašanja pošljite na e-naslov:

strokovnojezikovnasvetovalnica@gmail.com

Gašper Tonin, dr. med., mag. slov. in mag. spl. jezikosl.



IT-podporni kotichek: navodila za urejanje profila na spletni strani zbornice

Registrirani uporabniki lahko spreminjate in urejate podatke na svojih profilih. Za dostop do profila se morate prijaviti v sistem z uporabniškim imenom in geslom.

Urejanje profila v treh korakih

- Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb z vašim imenom in priimkom.
- Odpre se vam zavihek »Splošni podatki in članstvo«, kjer so zapisani vsi vaši podatki. Za spremembo oz. dodajanje podatkov kliknite na ikono (klik za spremembo) in popravite oz. dodate želen podatek.
- Po končanih spremembah obvezno kliknite gumb »Spremeni podatke« na dnu strani, da zaključite in potrdite vnos.

Spremembe podatkov zahtevajo odobritev. Zelena spremembe bodo posredovane pristojnim in bodo vidne v najkrajšem možnem času.

Spremeni podatke

Splošni podatki	Funkcije v zbornici	Izobrazba
Splošni podatki in članstvo		
Datum rojstva	01.01.1980	
Kraj rojstva	Nova Gorica	
Državljanstvo	slovensko	

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Izobraževanje za glavne mentorje

Izobraževanje, 10. 2. 2025, 15.30–18.00, Domus Medica/Zoom

Vsebina: Opravljeno izobraževanje je hkrati pogoj za imenovanje novih glavnih mentorjev in pogoj za ohranjanje funkcije že imenovanih glavnih mentorjev. Glavni mentor je odgovoren za delo svojih specializantov. Z namenom, da glavni mentorji svoje delo opravljajo še kakovostneje ter da so med opravljanjem funkcije glavnega mentorja seznanjeni s svojimi pravicami, nalogami in dolžnostmi, zbornica že sedaj organizira (sicer neobvezne) delavnice za glavne mentorje.

Izvajalec: Zdravniška zbornica Slovenije

Učinkovito vodenje

Delavnica, 11. 2. 2025, 16.30–19.30, Domus Medica

Vsebina: Delavnica obravnava ključne teme, kot so razvoj vodstvenih lastnosti, premagovanje izzivov v vodenju, gradnja kredibilnosti in postavljanje jasnih standardov dela. Udeleženci bodo skozi praktične vaje in razprave krepili timsko sodelovanje ter se usposobili za učinkovito vodenje v različnih situacijah.

Izvajalka: Nada V. Ulčar, Sales, leadership & coaching trainer, master coach – top executive coach, Stratos akademija

Klinični izzivi v antikoagulacijskem zdravljenju

Strokovno srečanje: 13. 2. 2025, 19.30–20.30, Zoom

Vsebina: Reševali bomo probleme protitrombotičnega zdravljenja pri bolnikih, ki utrpijo veliko krvavitev ali tromboembolični zaplet, bolnikih, ki jih čaka operacija, in pri starejših in krhkih bolnikih. Izbirali bomo najustreznejše protitrombotično zdravljenje ob zapletih pri bolnikih z rakom, antifosfolipidnim sindromom in bolnikih s trombozami na nenavadnih mestih.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije in Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje pri SZD

Seminar iz nujnih stanj v psihiatriji

Seminar, 14. 2. 2025, 9.00–19.30, Zoom

Vsebina: Udeleženci seminarja bodo spoznali urgentna psihiatrična stanja in poti obravnave. Predstavljeni bodo prikazi primerov z razpravo.

Izvajalec: Marko Saje, dr. med.

Modul šolske klinične prehrane

Tečaj: 28. 2., 1. 3., 6. 3. 2025, Domus Medica

Tečaj omogoča pridobitev kvalifikacije za osnovne storitve klinične prehrane za zdravnike družinske medicine, kot je predpisovanje receptov za medicinsko hrano (pogoj ZZS).

Izvajalec: Zdravniška zbornica Slovenije

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si

Pregled in urejanje prijav: www.zdravniskazbornica.si

(vstop v osebni profil preko »Prijava«, zavihek »Moje prijave«). **Potrdilo o izobraževanju** bo na voljo v nekaj dneh po dogodku v vašem osebni profilu (v zavihku »Moje prijave« v rubriki »Arhiv«).

Za dostop do osebnega profila potrebujete uporabniško ime in geslo. Če ju še nimata, pišite na: podpora@zss-mcs.si

7. ob 9.30 • 46. IATROSSKI: POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE IN SMUČARSKO TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV

kraj: KRANJSKA GORA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: tek 30 EUR, veleslalom 60 EUR, kombinacija: tek in veleslalom 70 EUR, upokojenci 50 EUR, spremljevalci 35 EUR, študenti (z dokazilom o vpisu) 10 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Posvetovanje športne medicine ter tekmovanje v alpskem smučanju in teku na smučeh je namenjeno vsem zdravnikom, zobozdravnikom in študentom medicine.		organizator: Slovensko zdravniško športno društvo Medicus	prijave, informacije: Gašper Horvat, T: 031 752 521, E: gagihorvat@gmail.com , W: https://www.zdravniskazbornica.si/sportno-drustvo

10.–24. • ŠTUDIJSKO POTOVANJE V KOLOMBO, ŠRILANKA

kraj: KOLOMBO (Šrilanka)	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 400 EUR	k. točke: 22
vsebina: Dvotedensko študijsko potovanje v Colombo, Šrilanka, za zdravnike in zobozdravnike z znanjem akupunkture. Kotizacija vključuje vrhunska predavanja, praktično delo v priznani kliniki, izobraževalne materiale ter stalno spremljanje in vrednotenje napredka. Potovanje in namestitve udeleženci krijejo sami.		organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa	prijave, informacije: prijave: E: tkm.akupunktura@gmail.com , informacije: Adriana Kuči, T: 031 282 966, E: tkm.akupunktura@gmail.com

11. ob 16.30 • UČINKOVITO VODENJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 40	kotizacija: člani 97 EUR, nečlani 145,50 EUR	k. točke: 4,5
vsebina: Spoznali bomo ključne vidike učinkovitega vodenja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/#izobrazevanja-zbornice , informacije: E: mic@zss-mcs.si	

21. • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 1

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 20	kotizacija: 350,00 EUR	k. točke: ***
vsebina: V programu usposabljanja, ki je praktično naravnano, udeleženci pridobijo ustrezna znanja in spretnosti iz vsebin oskrbe vitalno ogroženega otroka.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Anja Požnel Belec, T: 031 396 533, E: prijava@sim-center.si	

26. ob 8.15. • 11. NACIONALNA KONFERENCA OB DNEVU REDKIH BOLEZNI

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4,2
vsebina: Nacionalna konferenca ob dnevu redkih bolezni je namenjena tako bolnikom z redkimi boleznimi in njihovim svojcem kot tudi strokovni javnosti ter vsem ključnim deležnikom v zdravstvu.	organizator: Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z Združenjem za redke bolezni Slovenije, dr. Robert Medved	prijave, informacije: prijave: W: https://www.1ka.si/a/f94f699d	

28. 2.–6. 3. ob 15.00 • MODUL ŠOLE KLINIČNE PREHRANE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Tečaj omogoča pridobitev kvalifikacije za osnovne storitve klinične prehrane za zdravnike družinske medicine, kot je predpisovanje receptov za medicinsko hrano (pogoj ZZS).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zss-mcs.si , W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/dogodki/modul--ole-klini-ne-prehrane/48992--74337	

7. • 26. ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Teme srečanja bodo: Obvladovanja bolezni srca in žilja: Na poti k državnemu programu, Pomembni, a pogosto zanemarjeni dejavniki tveganja in Preventivna kardiologija – od teorije h klinični praksi.	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: T: 01 43 42 100, E: info@sicardio.org , W: www.sicardio.org	

8. ob 9.00 • CEMENTIRANJE – PREGLED PROTOKOLOV ZA CEMENTIRANJE RAZNOVRSTNIH ZOBNIH NADOMESTKOV

kraj: LJUBLJANA, Prodent DEMO Lab., Zvezna ul. 2A	št. udeležencev: 12	kotizacija: 450 EUR	k. točke: 8,3
vsebina: Pravilna uporaba in ravnanje z materiali je osnova vsake panoge. Znanje o materialih, njihovi kemični sestavi in mehanskih lastnostih moramo stalno obnavljati in dopoljevati, če želimo uspešno obravnavati naše stranke. V praksi je ob na videz enakem ali podobnem kliničnem statusu zobovja včasih indikacija za uporabo enega materiala bolj smiselna v primerjavi z drugim. Zaradi različne kemične sestave materialov zobnih nadomestkov in zaradi različnih kliničnih parametrov se odločamo za uporabo različnih cementov, tako za trajno kot začasno cementiranje izdelkov. Tudi za cemente velja, da imajo različno kemično sestavo in da morajo imeti dobre mehanske, optične in druge lastnosti.	organizator: Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.	prijave, informacije: Urška Brecl, T: 01 520 48 02, 070 772 527, E: urska.brecl@prodent.si , W: https://www.prodent.si/izobrazevanja	

9. ob 19.00 • KREPITEV IN GRADNJA KAKOVOSTNIH ODNOSOV

kraj: Zoom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 1,5
vsebina: Da je lahko odnos kakovosten, se je treba poglobiti tudi v lastne vsajene programe, ki jih lahko spremenimo in izboljšamo s ciljem kakovostnejše izmenjave mnenj in tudi postavljanja primernih mej. Ključ je med drugim tudi v osebnostni rasti, saj smo vsi kot posamezniki opremljeni z vzorci, ki nas držijo na avtopilotu.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zss-mcs.si , W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/dogodki/krepitev-in-gradnja-kakovostnih-odnosov/49082--74361	

12. ob 9.00 • KONFERENCA: VPLIV DOLGOTRAJNE OSKRBE NA POSAMEZNIKE IN GOSPODARSTVO

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 250	kotizacija: 220 EUR + DDV za naročnike na storitve portala TFL, za vse ostale 250 EUR + DDV	k. točke: 4,5
vsebina: Na konferenci bodo priznani predavatelji obravnavali ključna vprašanja in izzive, povezane s finančnimi sredstvi starejših in njihovim dostopom do storitev dolgotrajne oskrbe. Skupaj bodo predstavili različne vidike dolgotrajne oskrbe in njen vpliv na finančno blaginjo posameznikov ter celotno gospodarstvo.	organizator: Tax-Fin-Lex, pravno-poslovni portal, založništvo in izobraževanje d.o.o.	prijave, informacije: Katja Ribič, T: 040 538 643, E: katja.ribic@tax-fin-lex.si , W: https://www.tax-fin-lex.si/Dogodki/Izobrazevanje/b11a3944-491a-4ada-9a09-884f0c227cfd	

18. ob 16.30 • STRES IN JEZA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 40	kotizacija: člani zbornice 97 EUR, nečlani 145,50 EUR	k. točke: 4,5
vsebina: Spoznali bomo večšine za upravljanje s stresom in jezo.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/dogodki/ , informacije: E: mic@zss-mcs.si	

21. • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 1

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 20	kotizacija: 350,00 EUR	k. točke: ***
vsebina: V programu usposabljanja, ki je praktično naravnano, udeleženci pridobijo ustrezna znanja in spretnosti iz vsebin oskrbe vitalno ogroženega otroka.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Anja Požnenel Belec, T: 031 396 533, E: prijava@sim-center.si	

21.–22. • TEČAJ NAČRTOVANJA DRUŽINE

kraj: LJUBLJANA, Ginekološka klinika UKCL, Šlajmerjeva 3	št. udeležencev: 70	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: Tečaj iz kontracepcije in umetne prekinitve nosečnosti za specializante in specialiste ginekologije in porodništva ter druge zdravstvene delavce. Vaje vstavitve materničnega vložka na simulatorju.	organizator: KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKCL, Katedra za ginekologijo in porodništvo, MF UL, Društvo za reproduktivno zdravje	prijave, informacije: Ginekološka klinika UKC Ljubljana, https://www.obgyn-si.org/kongresi/tnd-2025/ , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20, E: martina.peclin@kclj.si	

21.–22. ob 8.30 • IZOBRAŽEVANJE IZ MANAGEMENTA IN DRUGIH VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE: PRAVO IN ZDRAVSTVO

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 22	kotizacija: 370 + DDV/modul (2 dni oz. 16 ped. ur) za člane ZZS v primeru prijave na vseh 8 modulov, v primeru prijave na posamični modul je cena 410 EUR + DDV/modul	k. točke: 12
vsebina: Skozi pravni vidik managementa se slušatelji seznanijo z ustavnimi temelji, potrebnimi za procese vodenja in upravljanja, kot tudi s celovito pravno ureditvijo delovnih razmerij v Sloveniji in v svetu, zlasti s pravnim položajem zaposlenih, statusom zaposlenih in njihovimi pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, odškodninsko in pojasnilno odgovornostjo. Poseben poudarek je na veljavni zdravstveni zakonodaji.	organizator: Zavod za razvoj zdravstvenega managementa	prijave, informacije: Denis B. Ujčič, T: 040 851 521, E: info@zdravstvenimmanagement.si , W: www.zdravstvenimmanagement.si	

MAREC 2025

21.–23. ob 8.00 • ETC – EVROPSKI TRAVMA TEČAJ: TEČAJ OSKRBE POŠKODOVANECV

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162
št. udeležencev: 12
kotizacija: 800 EUR (Kotizacija vam rezervira mesto na tečaju in omogoči dostop do elektronskih gradiv na virtualni platformi ERC CoSy. Če plačate celotni znesek do 20 dni pred tečajem, vam priznamo 50 EUR popusta.)
k. točke: 20

vsebina: Tečaj je namenjen bolnišničnim zdravnikom različnih specialnosti, ki sodelujejo v urgentnem timu, in zdravnikom v predbolnišničnem okolju, ki so prvi stik s hudo poškodovanim. Je inovativen tečaj s poudarkom na timskem pristopu zdravnikov različnih specialnosti k obravnavi hudo poškodovanega. Glavni poudarek ni samo klinična obravnava poškodovanca, temveč tudi komunikacija, ugotavljanje prioritete pri oskrbi, odločanje o ukrepih, upravljanje z viri, ki so na voljo, vodenje tima in kako biti uspešen član tima. Gre za horizontalni pristop k poškodovancu, kjer se osnovni življenjski sistemi (dihalna pot, dihanje in cirkulacija) pregledujejo in oskrbujejo simultano. Vodja tima pa mora glede na zbrane podatke določiti prioritete v oskrbi.

organizator: Združenje za urgentno medicino SZD

prijave, informacije: Katja Kalan Uštar, T: 041 862 564, E: kalan.katja@gmail.com

24. ob 8.00 • 4. SIMPOZIJ NOSEČNOST IN SLADKORNA BOLEZEN

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana Mons
št. udeležencev: 120
kotizacija: 100 EUR + DDV
k. točke: ***

vsebina: Dogodek je namenjen vsem timom, ki skrbimo za nosečnice s sladkorno boleznijo. Sestavljen bo iz skupnega plenarnega dela in delavnic, ki si jih bodo udeleženci lahko izbrali.

organizator: Diabetološko združenje Slovenije

prijave, informacije: prijave: endodiab.si, informacije: Klara Zorko, E: klara.zorko@kclj.si

APRIL 2025

4. • AKUTNA KARDIOLOGIJA V SLOVENIJI 2025

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: Teme bodo: Etika in komunikacija, Pljučni edem, Akutni miokardni infarkt, ECPR *pro et contra*, Delavnice.

organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za urgentno in akutno kardiologijo

prijave, informacije: T: 01 43 42 100, E: info@sicardio.org, W: www.sicardio.org

10.–11. • XXXIV. SREČANJE PEDIATROV IN XXI. SREČANJE MEDICINSKIH SESTER V PEDIATRIJI

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk
št. udeležencev: 400
kotizacija: 300 EUR, brezplačno za upokojeince in študente
k. točke: ***

vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno pediatrom, intenzivistom in neonatologom.

organizator: UKC Maribor

prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13

11. ob 8.30 • 3. BRIŠKI DAN »MEDICINA IN ŠPORT«

kraj: GORIŠKA BRDA
št. udeležencev: 100
kotizacija: 80,00 EUR, študentje in upokojeinci 30,00 EUR
k. točke: v postopku

vsebina: Multidisciplinarno srečanje, namenjeno vsem, ki jih zanima področje medicine in športa.

organizator: Zdravniško društvo latros

prijave, informacije: prijave: melitamakuc@gmail.com, informacije: Nataša Koglot Jelerčič, T: 041 293 975, E: natasajel@gmail.com

11. 4.–10. 10. • INTENZIVNI TEČAJ FITOTERAPIJE

kraj: PODCERKEV - CERKNIŠKO JEZERO, DIVAČA, predavalnica 1: kompleks Ars Viva, Podcerkev 24, Stari trg pri Ložu, predavalnica 2: Divača - Dolnje Ležeče 2A
št. udeležencev: 20
kotizacija: 1.260 EUR/udeleženca, za študente in upokojeince 980 EUR
k. točke: ***

vsebina: Na 128-urnem tečaju za zdravnike bomo predstavili na znanosti temelječa dognanja s področja fitoterapije in jih dopolnili z izkustvenimi praksami ljudske medicine.

organizator: Zavod za uporabno botaniko Divji vrt

prijave, informacije: prijave: kontakt@divjivrt.si, informacije: Luka Kristanc, T: 040 394 196, E: luka.kristanc@gmail.com, Andreja Papež Kristanc, T: 040 566 177

18. • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 1

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9
št. udeležencev: 20
kotizacija: 350,00 EUR
k. točke: ***

vsebina: V programu usposabljanja, ki je praktično naravnano, udeleženci pridobijo ustrezna znanja in spretnosti iz vsebin oskrbe vitalno ogroženega otroka.

organizator: Zdravstveni dom Ljubljana

prijave, informacije: Anja Požnenel Belec, T: 031 396 533, E: prijava@sim-center.si

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

APRIL 2025

18.–19. ob 8.30 • IZOBRAŽEVANJE IZ MANAGEMENTA IN DRUGIH VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE: EKONOMIKA ZDRAVSTVA**kraj:** LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije**št. udeležencev:** 22**kotizacija:** 370,00 EUR + DDV/modul (2 dni oz. 16 ped. ur) za člane Zdravniške zbornice Slovenije v primeru prijave na vseh 8 modulov. V primeru prijave na posamični modul je cena 410,00 EUR + DDV/modul**k. točke:** *****vsebina:** Slušatelji se seznanijo z osnovami ekonomske vede, tako z makroekonomskim kot tudi mikroekonomskim vidikom, ki je potreben za razumevanje ekonomskih procesov v organizacijah.**organizator:** Zavod za razvoj zdravstvenega managementa**prijave, informacije:** Denis B. Ujčič, T: 040 851 521, E: info@zdravstvenimangement.si, W: www.zdravstvenimangement.si

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

zaposli

*zdravnika specialista splošne ali družinske medicine, lahko tudi specialista pediatra (m/ž)*z veljavno licenco za delovno mesto **zdravnik specialist IV PPD3**.

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist splošne ali družinske medicine, lahko tudi specialist pediater,
- 5 let delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Prijava mora vsebovati:

- kratak življenjepis z opisom delovnih izkušenj, formalne izobrazbe ter drugih znanj in veščin ter
- dokazila o izpolnjevanju pogojev.

Pogodbo z izbranim kandidatom bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom (dopoldanski delovnik, od ponedeljka do petka) in štirimesečnim poskusnim delom.

Kandidate in kandidatke vabimo, da pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj posredujejo v 30 dneh po objavi na naslov: Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava, Dornava 128, 2252 Dornava.

Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnik specialist psihiatrije (m/ž)

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom,
- diploma medicinske fakultete,
- opravljena specializacija iz psihiatrije,
- veljavna licenca za delo na področju psihiatrije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Rok za prijavo je 30 dni od dneva objave.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev pošljite na naslov: JZ Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Kadrovska služba, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik.

ODDAMO

Oddamo zobozdravstveno ordinacijo v Ljubljani.
Za več informacij pokličite na T: 041 376 402.

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega!

Osnovno zdravstvo Gorenjske je javni zdravstveni zavod, ki poleg izvajanja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni izvaja tudi določeno specialistično zdravstveno dejavnost. Svojo dejavnost izvaja v zdravstvenih domovih v gorenjski regiji.

V našem zavodu iščemo nove sodelavce, specialiste različnih specialnosti oziroma zdravnike po opravljenem strokovnem izpitu, in sicer:

- *zdravnika specialista radiologije (m/ž), zdravnika specialista oftalmologije (m/ž), zdravnike specialiste družinske medicine (m/ž), urgentne medicine (m/ž)* za nedoločen čas s polnim delovnim časom v OE ZD Kranj,
- *zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)* za nedoločen čas s polnim ali krajšim delovnim časom,
- *zdravnika specialista radiologije (m/ž)* za 8 ur na teden za nedoločen čas in
- *zdravnika specialista ortopedije (m/ž)* za 4 ure na teden za nedoločen čas v OE ZD Tržič.

Naše prednosti so:

- dobri odnosi v kolektivu,
- dobre možnosti izobraževanja in izpopolnjevanja.

V primeru, da ste zainteresirani za sodelovanje v našem kolektivu, vas vljudno vabimo, da nam pošljete svoj življenjepis, dokazila o zahtevani izobrazbi, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu ali nam pišete na spodaj navedene naslove. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo lahko podrobneje predstavili možnosti dela v naši ustanovi. Kandidati naj pošljejo prošnje do 28. 2. 2025

– po pošti na naslov: OZG OE ZD Kranj, Gosposvetska ulica 10, Kranj, ali na e-naslov: tajnistvo@zd-kranj.si ali– po pošti na naslov: OZG OE ZD Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič, ali na e-naslov: tajnistvo@zd-trzic.si.

Stanko Pušenjak

Borut Kobal, Tanja Premru Sršen

V zadnjih dneh novembra se je v 62. letu krog življenja zaprl za našega dragega sodelavca mag. Stanka Pušenjaka. Prezgodaj je njegova klinika ostala brez sodelavca, ki je oral ledino moderne fetalne medicine, s svojim značajem pa nemalokrat ostro in kritično podajal svoj pogled na razvoj te stroke.

Tisti, ki smo z njim začeli svojo strokovno pot, kot tudi generacije mladih zdravnikov, ki so ob njem pridobivali izkušnje, bi ga lahko opisali kot:

Preprosto človeški, vsestranski, dober zdravnik in dober prijatelj. Bil je odličan sogovornik pri strokovnih, zdravstvenih, družbenih ali političnih temah. Imel je premišljena mnenja in stališča, ki jih je argumentirano in čvrsto zagovarjal. Kljub temu je z veseljem izmenjal mnenja in argumente z drugače mislečimi. Pogovor z njim je bil zato vedno bogat in živahen.

Njegova neposrednost in iskrenost sta se pokazali že na pogovoru za sprejem na mesto mladega raziskovalca julija 1990, ko je izjavil, da ga akademska kariera ne zanima, kar ga je skoraj stalo službe. Vseeno pa je imel Stanko vedno veliko idej in razmislekov o tem, kaj bi bilo vredno raziskati, tako da je kot mladi raziskovalec, pod mentorstvom prof. Pajntarja, proučeval EMG uterusa med nosečnostjo in porodom. Svojo raziskavo je zaključil z zagovorom magistrirja 1. 12. 1993.

Užival je v svojem delu, neprenehoma stremel k izboljšavam, ki bi prinesle dobrobit nosečnicam, in bil vedno med prvimi, ki jih je s kolegi začel uvajati. Že leta 1999 in 2000 je Stanko s kolegicama (trojica takrat najmlajših specialistov v ekipi perinatologov), skupaj z mariborsko kolegico Ksenijo Pelkič začel hoditi na vsa izobraževanja na King's College v London k profesorju Nickolaidesu, vključno s prvo šolo Fetal Diploma. Čeprav je bilo udeležencev šole veliko, je pristno povezanost in zagnanost štirih slovenskih perinatologov opazil tudi profesor Nickolaides, ki jih je začel klicati slovenska mafija. Stanko in profesor sta se hitro ujela z neposrednostjo ter s svojim logičnim mišljenjem in razmišljanjem izven ustaljenih okvirov.

Mlada ekipa perinatologov skupaj s Stankom je na Kliničnem oddelku za perinatologijo začela

ново obdobje fetalne medicine z uvajanjem presejanja za kromosomopatije, nadgradnjo ultrazvočnih preiskav plodov in spremljanjem ogroženih plodov, uvajanjem horionske biopsije in intrauterinih terapevtskih posegov, kjer je Stanko postal izvrsten strokovnjak. Aktivno je sodeloval v Združenju

za perinatalno medicino Slovenije in bil nepogrešljiv učitelj ultrazvoka v perinatologiji. Z velikim veseljem je delal tudi v porodnem bloku in bil med tistimi, ki so ob obisku Michaela Starka v Porodnišnici Ljubljana uvedli carski rez po Misgav-Ladachovi metodi nežnega ravnanja s tkivi. Stanka in njegovo strokovnost so spoštovali ne le doma, ampak tudi kolegi v tujini.

Ob tem je ohranil svojo človečnost in čut za pacientke, za katere je bil prepričan, da potrebujejo nekoga, ki si bo zanje vzel čas in jim poskušal razložiti, česar ne razumejo ali kar jih plaši.

Z neverjetno zagnanostjo je na MedOverNetu odgovarjal na številna vprašanja. Njegovi odgovori so bili razumljivi in neposredni, s čimer si je pridobil zaupanje slovenskih žensk. Kolikokrat je bilo slišati: »Dr. Pušenjak je rekel ...« Ob tem je bil do njih zaščitniški in jih podprl pri njihovih kritikah zdravstvene oskrbe ali zdravstvenega sistema, ker se je zavedal, da potrebujejo podporo, in je bil prepričan, da zdravstveni sistem do pacientk ni vedno prijazen.

Delovanje na družbenih omrežjih mu je prinašalo tudi nekaj težav na delovnem mestu. Tako ga je vodstvo Kliničnega centra nekajkrat obravnavalo kot kršitelja delovnih obveznosti, pa mu je leta 2007 stopila v bran takratna strokovna direktorica, ki je prepoznala pomen komuniciranja preko medijev in njegovo delo označila kot začetek telemedicine.

Stanko je bil odprt, iskren, dobromisleč in spoštljiv do vseh. Rad se je družil s svojimi sodelavci tako v službi kot ob različnih priložnostih. Svojim kolegom je vedno nudil strokovno



pomoč, kadarkoli so jo potrebovali. Znal se je odločiti in stati za svojimi odločitvami. Te so vedno slonele na zdravem razmisleku in strokovnih argumentih. Kolegi in ostali sodelavci so ga zato zelo spoštovali in upoštevali.

Nikakor pa se ni mogel sprijazniti z vedno slabšim zdravstvenim sistemom, polnim nerealnih domnevnih rešitev, finančnih nedoslednosti, zavajanj slovenske javnosti in nepotrebne birokracije, ki ne služi ničemur. Zavedal se je, da družbena ureditev ni naravna, ampak umetna stvaritev, manj za povezovanje kot za obvladovanje množic; z oblastniki, ki zaradi ohranjanja oblasti, slave in denarja manipulirajo z družbo. Spoštoval je avtoriteto, vendar le tisto, ki je izhajala iz osebnosti same in ne zgolj iz položaja. Rešitev za prepreče-

vanje manipulacije družbe je videl v političnem delovanju v stranki, ki naj bi ljudem razkrivala resnice.

Stanko je bil več kot le zdravnik in glasnik pravične družbe. Užival je v druženju, glasbi, potovanjih in elektronskih napravah. Čeprav dolgo ni igral violine, jo je na nagovor pacientke spet začel igrati v Folklornem društvu Emona. V družbi glasbenikov in plesalcev se je odlično počutil in z njimi nastopal doma in v tujini. Z avtodomom, ki ga je opremil z vsemi možnimi napravami, sta s soprogo prepotovala velik del Slovenije in Evrope in tudi na smučanje sta se odpravila z njim. Užival je v vožnji z motorjem in veselilo ga je, če mu je vreme dopuščalo, da se ob četrtek z njim odpravi v Postojno.

Stanko je živel pestro življenje, bogato s prijatelji in znanci. Čeprav je

bil najslavnejši in najbolj protisloven ginekolog v Sloveniji, to ni bil njegov namen. Slava ga ni zanimala. Kot meni fotograf Arne Hodalič, s čimer bi se Stanko gotovo strinjal:

»Nikoli nisem verjel in še vedno ne verjamem v srečna naključja. Sreča je zgolj statistični rezultat trdega dela. Zelo enostavno – več ko delaš, več izjemnih ali nenavadnih stvari se ti bo pripetilo.«

Stankovo življenje je bilo polno izjemnih in nenavadnih stvari, njegovo delo in vpliv, njegova izjemnost in prepoznavnost bodo še naprej bogatili Porodnišnico Ljubljana.

**Prof. dr. Borut Kobal, dr. med.,
 strokovni direktor, Ginekološka klinika
 Ljubljana**

**Izr. prof. dr. Tanja Premru Sršen, dr.
 med., Ginekološka klinika Ljubljana**

Stanislav Ovnič, dr. med. (1972–2024)

Ivo Bricman

V novembru 2024 nas je nepričakovano zapustil izjemen človek in zdravnik, Stanislav Ovnič. Rojen je bil 17. maja 1972 v Slovenj Gradcu. Po zaključeni gimnaziji na Ravnah na Koroškem in diplomski na Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1998 je svojo poklicno pot začel v SB Slovenj Gradec kot zdravnik sekundarij in jo nadaljeval kot specializant ortopedije. Bil je vzoren in priden učenec, sodelavec in prijatelj, predan poklicu in poslanstvu zdravnika.

Strokovno se je izpopolnjeval v SB Slovenj Gradec, OB Valdoltra, na Ortopedski kliniki v Ljubljani in v tujini. Po zaključenem specialističnem izpitu, ki ga je leta 2000 opravil s pohvalo, je z velikim navdušenjem, žarom in zanosom opravljal delo

ortopeda, s čimer je ortopedija v naši bolnišnici dobila dodaten zagon. Opravljal je vrsto ortopedskih in tudi travmatoloških operativnih posegov, pri tem pa je bil bolj usmerjen v endoprotetiko kolka, kolena in rame. Navdušen je bil nad novimi pristopi, izboljšavami, še naprej se je izpopolnjeval in skupaj sva kot majhen tim dveh specialistov ortopedov začela uvajati novosti in nekatere operacije, ki se jih do takrat v SB Slovenj Gradec še ni opravljal. Bil je eden prvih v Sloveniji, ki je leta 2007 začel pri operacijah kolkov uporabljati anteriorni minimalno invazivni pristop.

Izven bolnišnice se je posvetil bolnikom z bolj osebnim pristopom. Leta 2006 je v Slovenj Gradcu odprl



ortopedsko posvetovalnico, kjer je opravljal preglede, predoperativno svetovanje, terapijo z udarnimi globinskimi valovi in fizikalno terapijo.

Njegova neomajna predanost in jasna vizija sta bili nepogrešljivi pri osebnem in strokovnem razvoju.

Postal je izkušen zdravnik in operater, prepoznan in uveljavljen v naši koroški regiji ter v slovenskem prostoru. Aktivno je sodeloval na strokovnih srečanjih v domovini in objavil več prispevkov na mednarodnih ortopedskih kongresih.

Svoje znanje in izkušnje je nesebično prenašal na sodelavce, zlasti na mlajše kolege, ki jim je bil dober mentor in učitelj. Pogosto je o zahtevnih operacijah pripovedoval z žarom in strastjo. Ob tem pa je ostal skromen in priznanja delil z vso ekipo.

Vedno je znal prisluhniti bolniku in sodelavcem ter bil pripravljen pomagati. Nanj si se lahko zanesel, ko si se znašel pred kakšnim strokovnim ali osebnim problemom. S svojo nesebično zavzetostjo je ustvarjal za bolnike in sodelavce mostove, ki so dajali upanje. Zato je bil izjemno priljubljen tako v službi kot zasebno in med bolniki. Nikoli ni odrekel pomoči in nikdar nismo začutili, da mu je težko, da mu je kaj prenaporno ali odveč. Kolega Ovniča je odlikovala neizmerna delovna vnema in energija. Njegov odnos do dela bi lahko strnili v besede Toneta Kuntnerja: »Samo to

še opravim, samo to še postorim, potem se spočijem in umirim.«

V mlajših letih je igral roket, bil je učitelj tenisa, zadnja leta pa se je posvečal smučanju in kolesarjenju. Kjerkoli se je pojavil, je s svojo energijo in strastjo do smučanja navduševal vse okoli sebe. Ko je sneg decembra pobelil okoliške vrhove, je že nestrpno pripravljval smuči in načrtoval smučarske podvige s svojo družino. Bil je srčen mož in oče dveh hčerk, ki ju je vselej postavljaj na prvo mesto. Vse trenutke izven službenih obveznosti je posvečal družini, urejanju hiše in okolice, kjer se je sprostil, užival in pokazal še drugo plat svoje ustvarjalnosti.

Po nenadnem odhodu je ostala za njim velika praznina, ki je ne bomo mogli zapolniti. Najozji sodelavci smo prepoznali v zadnjih mesecih znake izgorelosti, stiske in mu skušali pomagati po svojih najboljših močeh. Nekaterim nam je zaupal o svojih težavah in strahovih. Stali smo mu ob strani, mu nudili prijateljsko in strokovno podporo in upali, da smo naredili vse, da jih bo premagal. Ob nenadnem odhodu nam je ostalo

veliko neodgovorjenih vprašanj in misli, kako bi lahko storili še več, bolje ali drugače. Odhod drugega sodelavca in prijatelja nam je tih opomnik, da je tudi zdravnik samo človek.

Čeprav nas slovo vedno navdaja z bolečino, smo hvaležni, da smo ga imeli kot sodelavca in prijatelja v naši sredini, da smo lahko z njim delali in z njim doživeli mnogo prelepih trenutkov, ki jih bomo trajno ohranili v spominu. Kajti »Kdor živi v spominu drugih, ni mrtev, je samo oddaljen. Mrtev je tisti, ki ga pozabijo.« (I. Kant). Njegov prijazen in vesel značaj ter človeško toplino bomo kot dragocen zaklad ohranili v naših srcih. Pogrešali ga bomo vsi, s katerimi je prehodil svojo poklicno in življenjsko pot.

Ob slovesu mu izrekamo zahvalo za ves njegov trud, za njegovo delo, za njegovo ljubezen in prijateljstvo.

Slovenj Gradec, december 2024

Ivo Bricman, dr. med., Splošna
bolnišnica Slovenj Gradec

Prim. Tone Kunstelj, dr. med.

Dodatek k nekrologu v decembrski številki Isis

Črt Marinček

Tone Kunstelj je bil moj kolega na Medicinski fakulteti v Ljubljani, kjer je diplomiral leta 1972 in deset let kasneje postal pediater. Služboval je v Mestni otroški bolnici v Ulici stare pravde 4. Papež Janez Pavel II. ga je leta 2004 odlikoval z najvišjim priznanjem, ki ga lahko dobi laik – »Pro Ecclesia et Pontifice« (Za cerkev in papeža). Možgansko kap je doživel leta 2007, uradno upokojil pa se je v letu 2012. Z ženo Slavico sta imela

štiri hčerke, ki so po njeni smrti skrbele zanj. Ko to ni bilo več mogoče, je bil sprejet v bližnji cerkveni dom Janeza Krstnika v Trnovem, kjer je umrl 30. 9. 2024.

Prof. dr. Črt Marinček, dr. med.,
v. svet., Ljubljana

Operacije patološke debelosti

Mihael Sok

Komentirati želim prispevek prof. Staneta Repšeta in Tadeje Pintar o operacijah patološke debelosti v UKC Ljubljana, objavljen v Isis 11/2024 (str. 62–63). Nisem vedel, da je prof. Repše v devetdesetih letih že opravil tak poseg. Ni pa čudno, saj poznamo prof. Repšeta kot sposobnega, iznajdljivega, načitanega, modernega kirurga, ki je sledil razvoju kirurgije in smo ga zaradi tega še posebej spoštovali. Da bodo začetki bariatricne kirurgije v Sloveniji celoviti, naj napišem še svoj pogled in izkušnjo.

Na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo smo prvo in edino laparoskopsko bariatricno operacijo naredili spomladi leta 2003. To je bila operacija s silikonskim obročem – bandom (LAP-Band), metoda, ki je bila v bariatricni kirurgiji konec devetdesetih let pogosta. Šlo je za silikonski napihljiv obroček, ki se ga namesti pod kardijo želodca, da se z njo naredi zažemek na želodcu. Proksimalno od zažemka nastane manj kot 200 ml velik želodček. Ideja je, da se ta hitro napolni s hrano, kar prepreči nadaljnje *basanje*.

V drugi polovici devetdesetih let so laparoskopske operacije na prehodu požiralnika v želodec na našem Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo postale rutinske. To so bile laparoskopske fundoplikacije za gastroezofagealni refluks in hiatalne želodčne hernie. Pionir je bil dr. Janez Eržen, jaz pa sem mu pri operacijah asistiral. Tako konec devetdesetih let laparoskopsko operirati na gastroezofagealnem prehodu ni bil več izziv. Te operacije sem sicer prvokrat v živo videl, ko sem bil leta 1994 na večmesečnem izobraževanju iz kirurgije požiralnika in gastroezofagealnega prehoda na Clinica chirurgica II v Padovi s slavnim šefom prof. Alberom Perrachio.

Jeseni leta 2002 sem bil na enotedenskem izobraževanju za transplantacije pljuč pri prof. Valterju Klepetku na AKH na Dunaju. Tam sem spoznal dr. Zimmermanna, ki je bil na AKH z enakim namenom. Povedal mi je, da operira čezmerno debele bolnike s silikonskim obročkrom. Zaposlen je bil v Krankenhaus Hietzing, v vzhodnem delu Dunaja. Enkrat dopoldne, transplantacije so vedno ponoči, sva se dogovorila, da pridem v živo na operacijo. Lahko sem se tudi umil in držal kamero in jetra. Takrat še ni

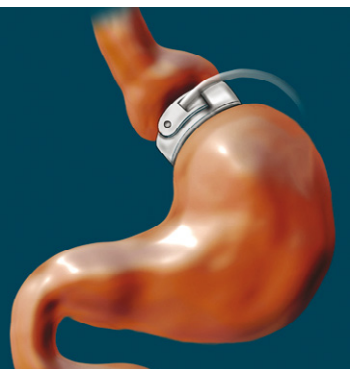
bilo platform, kot danes, da operacijo naštudiraš pred ekranom.

Moja bolnica se je sama pojavila v ambulanti. Ni bila pretirano debela, mislim, da je tehtala 160 kg. Pred tem smo že večkrat neformalno, pri kosilu, debatirali z endokrinologi in so nas oni pravzaprav silili, da se kaj naredi. Operiral sem spomladi 2003. Operacija je enostavna. Na razpolago sem imel vse potrebne instrumente, razen *magic fingerja*, instrumenta v obliki debelega špageta s topo konico, ki so ga naredili prav za ta namen, kjer se zadnjih 10 cm lahko od zunaj ukrivi, da se ga varno zapelje pod gastroezofagealnim prehodom nekaj cm pod kardijo in se na drugi strani nanj pripne silikonski obroček, ki se ga potem za želodcem potegne in namesti na pravo mesto. Smo pa improvizirali in je šlo. Silikonski obroček je podaljšan v vsaj 20 cm dolgo cevko, ki se konča z mešičkom, portom. Tega se namesti na sternum ali pod kožo na levi rebrni lok, da je dostopen za aplikacijo tekočine, s katero se polni ali prazni obroček pod želodčkom.

Po operaciji sem bolnici, glede na hranjenje in težo, pod RTG-kontrolo večkrat polnil ali praznil obroček. Priznati moram, da bolnica ni imela velike koristi od operacije. Škode pa tudi nisem naredil. Danes vemo, da operacije z obročkom dolgoročno niso učinkovite, zato se zdaj operira drugače. Predvsem pa ne gre samo za operacijo v trebuhu. Drug poseg se mora narediti v glavi, kjer gre za spremembe motivacije, vrednot, samozavedanja, prioritete, volje in takih reči, kar »delajo« klinični psihologi, dietetiki, mentalni trenerji. Problem je treba obravnavati multidisciplinarno.

Da bo slika metabolične/bariatricne kirurgije popolna, moram omeniti dr. Braneta Breznika, ki je leta 2005 že imel lepo število uspešno operiranih bolnikov in je razvil multidisciplinarno obravnavo. Če prav vem, imajo danes v SB Slovenj Gradec že vsaj 1.400 obravnav.

Izr. prof. dr. Mihael Sok, dr. med., kirurg,
Ljubljana



25 let zdravniškega športnega društva Medicus

Andrej Bručan, Gašper Horvat

V lanskem decembru je minilo 25 let od ustanovne skupščine Slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus, s katero smo tudi uradno dobili društvo, ki bedi nad organizirano stanovsko športno aktivnostjo. 20. decembra 1999 je bil na ustanovni skupščini izvoljen prvi izvršilni odbor. Prvi predsednik društva je postal Andrej Bručan, tri podpredsedniška mesta so zasedli Andrej Možina, Oskar Zupanc in Franci Koglot. Tajnik društva je postal Robert Juvan, blagajničarka pa Katja Ažman Juvan. Že ob ustanovitvi društva je bilo sklenjeno, da bo organizirano v sekcije, ki bodo pokrivale posamezna športna področja. Tako so nastale nogometna, smučarska, košarkarska, strelska in teniška sekcija ter sekcija za golf, plavanje in vodne športe, pa tudi sekcija za atletiko, kolesarstvo in triatlon. Kasneje smo zaradi interesa članov ustanovili tudi sekcijo za badminton, odbojgarsko in gorniško sekcijo. Kot prvi in častni član društva Medicus je bil predlagan Matija Horvat, s čimer smo želeli počastiti njegove izredne dosežke na področju športa med zdravniki.

Ustanovitev so takrat z veseljem podprle vse tri zdravniške organizacije: Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo ter Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides. Predsedniki teh organizacij so postali člani nadzornega odbora in se zavezali, da bodo tako ob ustanovitvi kot tudi kasneje finančno ter organizacijsko pomagali pri delovanju društva. Še danes to zavezo ves čas izpolnjuje Zdravniška zbornica in deloma tudi Fides. Pomembno vlogo pri ustanovitvi društva je imela tudi pravica Tina Šapec, ki nam je uredila ustrezno registracijo društva in pomagala pri vseh tehničnih vidikih vodenja društva.

Treba pa je poudariti, da se zdravniški šport ni začel z ustanovitvijo društva, saj smo se zdravniki bolj ali manj organizirano ukvarjali s športom že prej. Najdaljšo tradicijo pri tem ima nogomet. Za začetek nogometa med zdravniki velja tekma med internisti in kirurgi UKC Ljubljana leta 1972. Nato je nogometna sekcija na

letni ravni organizirala od 10 do 15 tekem zdravniških ekip v različnih postavah. Organizirali smo prijateljske tekme z različnimi nasprotniki. Tako smo na primer tekmovali s pravniki, z zdravniško ekipo iz Nove Gorice in odigrali več mednarodnih tekem z zdravniškimi reprezentantami Italije in Hrvaške. Na pobudo kolega Mladena Prettnerja je v devetdesetih letih nastalo državno prvenstvo zdravnikov med pokrajinami, ki poteka še danes. Pomembne pa so bile tudi udeležbe zdravniške nogometne reprezentance na svetovnih zdravniških igrah, kjer smo s ponosom predstavljali barve novoustanovljene države.

Zelo pomembna dejavnost je bilo (in ostaja še danes) tekmovanje v smučanju, ki je bilo na pobudo kolega Francija Koglota prvič izvedeno leta 1979 kot prvenstvo zdravnikov v veleslalomu z znanim imenom Iatrosski. Iatrosski je z leti postal legendaren športni dogodek, kjer je združeno tekmovanje v veleslalomu in teku na

Prvi izvršilni odbor:

- predsednik: Andrej Bručan
- podpredsednik: Andrej Možina
- podpredsednik: Franci Koglot
- podpredsednik: Oskar Zupanc
- tajnik: Robert Juvan
- blagajničarka: Katja Ažman Juvan

Vodje prvih sekcij:

- nogometna: Robert Juvan
- smučarska: Franci Koglot
- košarkarska: Matjaž Bunc
- teniška: Stanko Vidmar
- za golf: Brane Gaber
- plavanje in vodni športi: Andrej Možina
- atletika, kolesarstvo in triatlon: Nada Rotovnik Kozjek
- strelska: Branko Košir
- badminton (ustanovljena 2001): Matjaž Koželj
- sekcija za gornišvo (ustanovljena 2001): Igor Tekavčič
- odbojka (ustanovljena 2003): Barbara Antolinc



Zdravniška reprezentanca Slovenije, ki je na svetovnih igrah zdravnikov v Evianu 2001 dosegla 2. mesto.



Udeleženci Teka Matije Horvata na Rožnik, oktober 2024



Slovenska smučarska reprezentanca, ki je v Schladmingu leta 2006 dosegla ekipno prvo mesto.

smučeh s posvetovanjem na področju športne medicine ter s prijetnim druženjem kolegov.

Tretja temeljna dejavnost zdravniškega športa je tek, kjer je imel že od samega začetka glavno besedo Matija Horvat. Znana je anekdota, da v tistem obdobju ni bilo internista oz. sodelavca Matije Horvata, ki bi se lahko izognil udeležbi na zdravniških tekih. Prvi je bil organiziran tek po Rožniku, ki se danes imenuje po njem. Kasneje so se uveljavile in ustalile tudi tekaške tekme v Luciji (tako imenovani Obalni tek zdravnikov), v Murski Soboti in na Brdu pri Kranju.

Prvi nadzorni odbor:

- Marko Bitenc
- Pavel Poredoš
- Konrad Kuštrin

Vsa omenjena tekmovanja in druženja zdravnikov ob športu so vodila v ustanovitev društva, ki je omogočilo boljše ali lažjo organizacijo dogodkov. Prva leta delovanja društva so zaznamovale številne športne aktivnosti vseh ustanovljenih sekcij, ki so potekale bodisi v obliki turnirjev bodisi državnih prvenstev. Ob tem smo se redno udeleževali tudi Medi-games – svetovnih zdravniških športnih iger, kjer so slovenske ekipe praviloma dosegale vrhunske rezultate v poletnih in zimskih športih. Domačim in mednarodnim športnim dogodkom pa so skupni lepi spomini udeležencev na druženja s stanovskimi kolegi. Predsednikovanje je od Andreja Bručana leta 2018 prevzel Robert Juvan, ki je bil že od ustanovitve društva gonilna sila njegovega delovanja in uveljavljanja. Robert Juvan je živel za šport, še posebej za zdravniški šport, in brez pretiravanja lahko rečemo, da brez njegovega dela in prizadevnosti društvo v takšni obliki, kot je danes, ne bi obstajalo. Po njegovi prerani smrti je bil leta 2023 za predsednika izvoljen kolega Gašper Horvat.

Po pandemiji smo v društvu kar precej oživili naše delovanje in čeprav nekatere sekcije niso več tako dejavne, se lahko pohvalimo z novimi dogodki. Tradicionalnim državnim prvenstvom v nogometu in košarki, teniškim turnirjem, tekaškim in strelskim tekmam ter legendarnemu smučarskemu dogodku Iatrosski se je

tako pridružila alpinistična šola, ki je bila ustanovljena na pobudo Urše Godec, in tekmovanje v triatlonu na Bledu, za katerim stoji Boštjan Pohlen. Ponovno je zaživelo državno prvenstvo v kolesarstvu, ki ga v sodelovanju s KD Rog izvedemo v sklopu Maratona Franja. Veseli nas udeležba mlajših, študentov medicinskih fakultet, ki so začeli v večjem številu sodelovati predvsem na tekaških dogodkih. Prav tako smo ponosni na veliko število članov, ki je v letu 2024 preseglo številko 500.

Ob koncu tega kratkega pogleda na 25 let društva Medicus bi se radi zahvalili vsem, ki ste na kakršenkoli način pripomogli k ustanovitvi in delovanju društva. Posebna zahvala velja tudi vsem vam, ki ste se naših dogodkov že udeležili in ki se jih redno udeležujete. Zaradi vas in za vas je bilo ustanovljeno naše društvo. Smisel obstoja Slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus je namreč neformalno druženje stanskih kolegov ob različnih športnih aktivnostih, ki so nam tako ljube.

Vabljeni na našo spletno (www.zdravniskazbornica.si/sportnodrustvo) in FB-stran, kjer se lahko seznanite z našimi prihajajočimi dogodki.

Mag. Andrej Bručan, dr. med., Ljubljana, prvi predsednik društva Medicus

Gašper Horvat, dr. med., UKC Ljubljana, aktualni predsednik društva Medicus

Madeline MacKinnon: Hrana za hormonsko ravnovesje

Slastni recepti za uravnavanje sedmih različnih hormonskih tipov. Založba Mladinska knjiga, 2024

Nina Mazi

Ljubezen do hrane je neizmerna in edina večna, uči stara modrost, o kateri bralec nehote razmišlja, ko se pogloblja v pestro in zanimivo vsebino najnovejše knjige Madeline MacKinnon. Anglosaška strokovnjakinja in avtorica v svojem delu predstavlja pomen in vlogo hrane in pijače za hormonsko ravnovesje človeka.

Upošteva jo dejstvo, da ljudje hrano in pijačo radi uporabljajo za preprečevanje, lajšanje in odpravljanje različnih motenj, bolezni in poškodb, je knjiga *Hrana za hormonsko ravnovesje* zanimiv in dragocen priročnik za sodobno prebivalstvo, odločeno, da načrtno skrbi za zdravje, vitalnost in dolgo življenje. Bogat izbor uresničljivih idej in učinkovitih, dostopnih rešitev za odpravo različnih hormonskih zapletov – od pomanjkanja progesterona, oslabiljenega delovanja ščitnice, preobilja estrogena in adrenalne izgorelosti do adolescentnih in menopavznih težav, nemogočih menstrualnih ciklov, PMS, predmenstrualne disforične motnje, prekomerne telesne teže, pomanjkanja energije in nihanja razpoloženja zaradi hormonskega neravnovesja – je predstavljen na 208 straneh. Zanimivo in zdravilno branje za strokovnjake in laike. Prve spodbuja k oblikovanju učinkovitih zamisli, nasvetov in priporočil, druge pa utrjuje v prepričanju, da sta hrana in pijača tudi danes, par tisočletij po Hipokratu, še vedno nepogrešljivi zdravili. Sodobni in starodavni, premišljeni in preverjeni nutricionistični pristopi in koncepti danes upravičeno postajajo vse bolj priljubljeni in spoštovani. Seveda pa jih je treba razumeti in smiselno upoštevati oz. uporabljati. Madeline MacKinnon poudarja, da v nasprotnem primeru človeku bolj škodijo kot koristijo – dejstvo, ki ga avtorica ponazori s priljubljenimi modernimi dietami, ki (lahko) mimogrede ogrozijo in porušijo hormonsko ravnovesje v organizmu.

Priročnik vsebuje vprašalnike in merila, s katerimi bralec lahko preveri in oceni stopnjo hormonskega ravnovesja v telesu, ter ideje, nasvete in priporočila za obroke, ki spodbujajo

dobro počutje in razpoloženje – bralec popelje na zdravilno pot do hormonskega ravnovesja. Delo *Hrana za hormonsko ravnovesje* prinaša uresničljive konkretne rešitve za odpravo ali vsaj blaženje in lajšanje pogostejših hormonskih motenj.

Za piko na i pa je Madeline MacKinnon svojo uspešnico o hrani, pijači in hormonih obogatila še s 75 domiselnimi in izvirnimi, okusnimi in organizmu prijaznimi recepti za hrano in pijačo, ki spodbujata in krepita hormonsko ravnovesje, pa tudi razveseljujeta s svojim videzom, vonjem in okusom.

Knjiga, vredna listanja, branja, razmisleka in pozornosti.

Nina Mazi, Ljubljana



Metulj dnevni pavlinček na socvetju metuljnika
(foto: Jurij Kurillo)

Dnevni pavlinček in poštne znamke

Jurij Kurillo

Metulji so najbrž že od pamtiveka zbuiali pozornost ljudi. Pa ne le zaradi pisane zunanosti, marveč tudi zaradi skrivnostnega pojavljanja in izginevanja – od gosenice prek bube do odraslega metulja. Najbolj vneti zanje so bili seveda naravoslovci.

Na **dnevnega pavlinčka** smo nekdam pogosto naleteli na skoraj vsakem travniku, poraslem z najrazličnejšim cvetjem. Danes takih travnikov žal ni več, saj so rože za poljedelca navaden »plevel« in jih pridno uničuje, tudi s kemikalijami – herbicidi. Po drugi strani je dnevni pavlinček zelo nezahteven metulj, saj potrebujejo njegove črne in trnaste gosenice za prehrano le navadne pekoče koprive. Če se pa uzrete malo naokoli, tudi kopriv skorajda ni več, saj jih na »vzornih« vrtovih povsod skušajo tako ali drugače iztrebiti.

Dnevni pavlinček (*Inachis io*) meri čez rjava krila okoli 57 milimetrov. Na zgornji strani vidimo po dve očesni risbi, ki sta na sprednjem paru kril še posebej izraziti. V nasprotju z zgornjo stranjo kril je spodnja popolnoma enolična, rjava. Metulj se spreletava v dveh generacijah od morske obale do višine 2.500 metrov od julija naprej. Ker prezimi, doseže za metulje nenavadno dolgo starost desetih do enajstih mesecev. Tako je v zgodnji pomladi dnevni pavlinček poleg citrončka med prvimi, ki nas razveselijo s svojim poletom prek travnikov in skozi gozdove.

Metulji na poštah znamkah

Zaradi njihove pisane zunanosti ni nič čudnega, da so metulji zašli tudi na poštne znamke. Pošte so za svoje znamke sčasoma prevzele od prve upodobitve različnih kronanih glav še druge motive, vzete recimo tudi iz narave z njeno pisano floro in favno. Tako se danes zbiratelji poštah znamk, filatelisti, lahko usmerijo zgolj na vse znamke neke države ali pa izbirajo enake



Zbirka dnevnih pavlinčkov na poštah znamkah petih držav

teme iz različnih koncev zemeljske oble. Sam zbiram vse znamke Republike Slovenije, od njene ustanovitve naprej, pa tudi znamke z motivi metuljev, ki jih je mogoče najti v izredno veliko državah sveta. Na sliki si lahko ogledamo znamke z motivom dnevnega pavlinčka iz Jugoslavije, Slovaške, Nemške demokratične republike, Emirata Umm al Quain iz Združenih arabskih emiratov in Poljske. Na fotografiji pa je metulj, fotografiran na poznopoletnem socvetju grma budleje ali metuljnika. Ta cvetoči grm, ki velja sicer za rastlino vsiljivko, izredno privlači metulje in ga zato priporočam vsakemu ljubitelju »letečih draguljev«.

Literarno popoldne: »Dva zdravnika in dva bolnika«

Zdenka Čebašek - Travnik

Pozni ponedeljkov popoldan v začetku decembra smo posvetili zanimivim možem, ki so se predstavili kot »Dva zdravnika in dva bolnika«. Lahko bi dodali »in dva lektorja«; eden od njih je moderator Jože Faganel, profesor slovensčine in francoščine, literarni zgodovinar specialista, gledališki in »medicinski« lektor, drugi pa pisatelj, lektor in igralec Simon Šerbinek. Dva zdravnika sta Tonč Žunter in Marko Pišljar, ki je bil pobudnik tega zelo posebnega večera, v katerem so bile predstavljene tri knjige.

Avtor prve knjige z naslovom *Midva* in podnaslovom *Njemu, ki me je izbral za ta svet* (samozaložba, 2024) je Tonč Žunter, upokojeni zdravnik družinske medicine. Odraščal je v Rečici ob Savinji, danes živi na samotni kmetiji v Poljanah nad Rečico, je tudi častni občan občine Luče. Za dolgoletno nesebično in požrtvovalno zdravniško delo je prejel častni znak svobode Republike Slovenije ter najvišje priznanje Zdravniške zbornice Slovenije – Hipokratovo priznanje. V knjigi se avtor skozi različne zgodbe posveča duhovni razsežnosti bivanja, po kateri se človek razlikuje od ostalih živih bitij, s poudarkom na svetosti in nedotakljivosti človeškega

življenja, ki že v svoji osnovi odklanja vsakršno poseganje človeške roke vanj. Tokratno predstavitev knjige je obogatil s pretresljivo pripovedjo o lektorici knjige, ki je svoje delo opravljala v zadnjih mesecih svojega mladega življenja. Umrta je še pred izidom, knjiga pa ohranja prav poseben spomin nanjo.

Simon Šerbinek je avtor druge predstavljene knjige z naslovom *Življenje v podzavesti*, s podnaslovom *Borec – dnevnik nekega strahopetca* (Ozara, 2023). Knjigo sam opisuje kot »avtobiografsko anamnezo od brezizhodne obupanosti do življenjske ustvarjalnosti«. Njegova življenjska zgodba je polna preobratov in avtor, kot ga poznamo danes, le s svojo telesno posebnostjo (stanje po amputaciji obeh nog) nakaže, da je šel skozi zelo težka obdobja. Zanimivo je, da mu je v najtežjih trenutkih stal ob strani njegov profesor na igralski akademiji Jože Faganel. Njun medsebojni odnos smo v bežnih obrisih lahko spoznali v pogovoru in branju odlomkov iz predstavljene knjige. Šerbinkova knjiga je v smislu *narativne medicine* – ki jo je kot »sposobnost prepoznati, absorbirati, presnoviti, interpretirati in biti ganjen zaradi



Z leve: Marko Pišljar, Tonč Žunter, Jože Faganel in Simon Šerbinek (foto: Zdenka Čebašek - Travnik)

zgodb o boleznih« prva opredelila Rita Charon – odličen primer učbenika za specializante psihiatrije in vse, ki jih zanima notranji svet človeka s hudo duševno motnjo. Veder obraz in modrost, ki avtorja označujeta danes, nam dokazujeta, da je ta motnja pri njem že dolgo stvar preteklosti.

Marko Pišljarič, ki je svojo poklicno pot opravljal kot psihiater in tudi predstojnik Psihiatrične bolnišnice Idrija, se nam v zadnjih letih predstavlja tudi kot pesnik. Njegova prva pesniška zbirka *Odsevi bližine* (Celjska Mohorjeva družba, 2021) je bila razprodana in je leta 2023 izšla v

ponatisu. Tokrat pa nam je predstavil svojo drugo pesniško zbirko **Šepet križpotij** (Celjska Mohorjeva družba, 2024). Nekaj pesmi, ob katerih preprosto onemiš in občuduješ pesnikovo ustvarjanje, sta nam predstavila avtor sam in igralec Simon Šerbinek. Vsem bo gotovo ostala v spominu pesem *Oljka*. Knjigo sta obogatila Jože Faganel s spremno besedo in Peter Abram z likovno opremo. V literarnem popoldnevu pa smo izvedeli še nekaj več o sobivanju in sodelovanju med pesnikom Markom Pišljaričem in njegovim dolgoletnim predstojnikom Jožetom

Felcem, znanim psihiatrom in pisateljem.

Dogodek je z izjemno rahločutnostjo povezoval Jože Faganel. Ko se je popoldan prevesil v večer, smo še nekaj časa vztrajali v tej prijetni družbi, ki se ji je pridružila tudi predsednica Zdravniške zbornice prof. dr. Bojana Beović. Dogodek sta omogočila Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, Kamnik,

Paberki

Matjaž Zupančič

Lep jesenski dan
hodim razrvan
med obranimi vinogradi,
kjer so ostali paberki.

Mali, nerazviti grozdki,
ki so pozno dozoreli,
izločeni na trsju obviseli,
to so moji paberki.

V zidanci pa pijejo Martina,
novino rdečo kakor kri,
dobro mi je v tej gorci
in med temi najdenčki.

Naenkrat se mi odprejo duri,
še meni se zdaj toči,
še meni se vrtili,
kozarci polni so pobirki.

Kar skrenil sem, mi je zdaj žal,
namenjen k paberkom sem razočaral,
kako obšel bi hram svetega Martina,
posebno žeganje s poskušno vina.

Uveli paberki v vetru, mrazu
vztrajajo v predpomladnem času,
ko trta z rodnostjo poganja brst,
oh, paberki, odganja vas mladost.

Stažistka

Matjaž Zupančič

V najlepših letih se pojavi,
z diplomo se pri nas predstavi,
prihaja iz sosednje srenje,
pred njo prihaja dobro mnenje.

Postava vile, čeden stas,
k njej še kodrast pramen las
in prijazen njen nasmeh
in nežnost v očeh.

Rad bi v dušo en pogled,
a mi je dana njena sled,
skromna, pametno ravnanje,
zavzetost in naučeno znanje.

Kadar misel se ji sprosti,
njen pogled se razživi,
rahlo lice zardi,
poljubita se ustnici.

Zadnjič dan se ji zaklel,
tam na čelu sem ujel
temno senco otožnosti,
ki še legla čez oči.

Pripravljala se pomagati ljudem
z znanjem, izkušnjo, sočutjem,
še naprej se bo trudila,
doživljanje v sebi zaklenila.

Prim. Matjaž Zupančič, dr. dent. med.,
Krško

Namaste

Boris Krajc

*V življenju ne gre za cilje,
pot je pomembna.*

Nejc Zaplotnik

Himalaja, Everest, slovenske alpinistične odprave, budizem, Azija, Tibet, dalajlama, hribi.

Draga žena, kam bi šla na potovanje za svoj okrogli rojstni dan? Ali bi ti bili Tibet, Nepal, Butan všeč? Da. Vedela je, da je s tem meni izpolnila željo – za svoj rojstni dan!

Leto 2008, razmere na Kitajskem in nemiri v Tibetu, program se spremeni, agencija črta, odpove Tibet, ki nama je bil največji cilj. Gremo. Skupina majhna, vodička Slovenka, zdravnica po poklicu. Enkratna. Butan. Ena najlepših držav, za turiste vse urejeno, omejitev števila turistov na leto, pokrajina zelena, rodovitna, pod Himalajo, ljudje prijazni, zadovoljni, en semafor v glavnem mestu. Večina ljudi v narodnih nošah, pripadnost državi, pripadnost narodu, zadovoljstvo na vsakem koraku.

Merilo napredka je bruto nacionalna sreča. Vojske nima. Samozadostna država. Šolstvo in zdravstvo sta brezplačna. Res dežela, ki je z očmi turista najlepša.

Naslednja postaja je Nepal. Pristanek v Katmanduju. Smog, prah, prometni kaos, umazanija na vsakem koraku. Tisoči priseljencev iz vasi po Nepalju iščejo boljše življenje v glavnem mestu, barake iz lepenke, smeti, smeti, smeti ... vonjave, brezdomci. Šok za Slovenca, sploh po doživetju čistega in urejenega Butana. Ampak v mestu je polno templjev, polno zgodovine. V tistem letu naj bi bilo prebivalcev nekaj nad milijon, po podatkih ob mojem zadnjem obisku leta 2023 pa z okolico preko 10 milijonov!

Durbar Square – kraljeve palače, Boudhanath Stupa – največja budistična stupa, Pashupatinath – hindujski tempelj iz 15. stoletja, kjer še danes zažigajo umrle in jih raztrosijo v sveto reko, Swayambuhunath – opičji tempelj – hindujski in budistični tempelj na vzpetini.

Pot nas vodi do nekaj čez 200 km oddaljene Pokhare, ki leži pod Anapurnami. Za 200 km potrebujemo cel dan vožnje v avtobusu, po cestah, ki so sicer asfaltirane, ampak z luknjami, kjer je treba ustaviti in v prvi prestavi peljati preko njih.

Ampak ko zagledam Anapurne, takoj rečem: Sem pa pridem! Kulisa Himalaje kot v sanjah. Žena zavije z očmi in si misli, kdaj pa boš prišel v te odročne kraje.

Ne mine dve leti in začnejo se moje odprave v Himalajo. Trekingi. Najprej *Everest base camp*, drugi *Langtang*, tretji *Manaslu*, četrti *Anapurna south*, peti *Mustang* in šesti *Rolwaling*.

Znanci, prijatelji me sprašujejo, vprašam se tudi sam: Kaj je tisto, kar te vleče? Naj naštejemo: revni, ampak zadovoljni in prijazni ljudje, pokrajina, ki te začara, mir, zadovoljstvo, ko dosežeš cilj, kjer se odprejo tako lepi razgledi, kot jih ni nikjer, zadovoljstvo, da še zmoreš napor, in nekaj, česar ne znam opisati, kar pa pove večina ljudi, ki obiskujejo Nepal. Vleče te nazaj.

Kaj pomeni treking? Doma se pripraviš s hojo, pred odpravo vsaj nekaj tisoč višinskih metrov po naših





hribih. Nabereš opremo, podobno kot za naše hribe, dodaš samo še toplo spalno vrečo. Na prvi trekking smo potovali čez vrsto letališč do Katmanduja, kasneje pa smo z Brnika preko Istanbula do cilja potrebovali bistveno manj. V Katmanduju te čaka vodič, organiziran prevoz do vznožja planin, ki je lahko s kombiji dan ali dva, lahko z letalom do manjših letališč pod hribi, kot je npr. Lukla, ki je najnevarnejše letališče na svetu. Potem se začne hoja. Nosači nosijo večino tvoje prtljage, hoja pa traja od nekaj ur pa tudi do 11 ali 12 ur na dan. Vmes so čaji in lahki obroki v kočah, ki so ob poti, na cilju za tisti dan pa šotor ali iz kamna zidana kočica, WC na štrbunk. Višje kot si, manj je mesa, največkrat pa riž in zelenjava. Njihova glavna jed je *dal bhat*: riž, leča, zelenjava in začimbe.

Za zajtrk je lahko ovsena kaša, lahko maslo in med, lahko jajce, kruh je *chapathi* – kruh brez kvasa.

Nosači so obuti v opanke. Ko se dvignemo nad 4000 m, pa dobijo celo superge, ki so ponošene, včasih za nekaj števil prevelike. Nosijo med 25 in 30 kg naše opreme in zraven še vse, kar potrebujejo za tisto obdobje trekkinga. Dobijo dva obroka na dan, ki sta praviloma dvakrat dal bhat.

Po končanih trekkingih jih v dolini povabimo na skupno večerjo, kjer Slovenci večinoma komaj čakamo na meso, oni pa naročijo enako jed, kot

so jo jedli tudi v višjih predelih – brezmesno.

Trekinge običajno začnemo na višinah med 600 in 1000 m, redko tudi nekoliko višje, nato pa sledijo vzponi in spusti preko različnih dolin. Počasi se aklimatiziramo, da po nekaj dneh lahko na višinah nad 3000 ali 4000 m hodimo in spimo brez večjih dihalnih težav.

Na predelih, kjer začnemo z našimi pohodi, so pokrajine z riževimi polji, kavo, bananami, bujnimi rastlinami in raznoliko pridelavo zelenjave. Ko se vzpenjamo, se pokrajina spreminja od džungle, visokih azalej, na najvišjih predelih nad 5000 m pa seveda do travnikov, pašnikov ali pa s snegom pokritih hribov. Domačini, ki živijo na višinah do 3500 m, gojijo npr. zelje, krompir, solato, višje pa se pasejo jaki, konji, mule.

Življenje domačinov na teh višinah je kruto, pa vendar so srečni, ker jim pomeni največ, da dobijo nekaj hrane in da preživijo.

Določeni predeli nimajo šol, čeprav se stanje večinoma izboljšuje in postaja osnovno šolanje obvezno. Otroci morajo iz oddaljenih predelov v določene vasi, kjer je šola, in se redko vračajo domov. Za šolanje najpogosteje poskrbijo budistični menihi, ki skrbijo za otroke, samostani pa živijo le od donacij okoliških prebivalcev, ki so večinoma v hrani.

Zdravstvenega varstva v predelih, ker so potekali naši trekkingi, večinoma ni. Še vedno je osnovno zdravilstvo, pomagajo menihi z nekaj znanja. Zdravstvene ustanove, ki jih je zelo malo, pa so namenjene tujcem, turistom. Za Nepalce so praktično vse zdravstvene storitve plačljive.

Sam sem bil vedno na razpolago sopohodnikom, nosačem in domačinom.

Kaj sem doživel? Nekaj višinskih bolezni, ki so bile dokaj blage, z glavoboli, slabostjo. Naložili smo jih na konja in so jih spustili nekaj sto višinskih metrov nižje, pa so bili v redu. Pljučnico. Vnetje oči. Seveda driske. To pri turistih. Pri domačinih pa žulji, vnetje oči, gnojne spremembe na koži, tujki na podplatih.

Najbolj zanimiv je bil naslednji dogodek: Pridemo v vas na okrog 3500 m višine. Prosijo me, naj pomagam dvema fantoma, ki sta imela ognjke na podplatih s trskami in kamenčki v gnojnih ranah. Naredim oskrbo, sterilno pokrijem z antibiotičnim posipom, obliži, povojem. Grem na pivo, pogledam ven na dvorišče: fanta bosa igrata nogomet z našimi nosači.

Moj prvi trekking je bil pod Everest. Bil je dokaj naporen, spanje na 4700 m, štirikrat smo se vzpeli na višino nad 5000, moj višinski rekord je 5555 m. Takrat in potem vsakič na teh višinah sem rekel prijateljem:



Tukaj, kjer smo mi zaključili, se šele začne pravi alpinizem v Himalaji! Vsa čast vsem, ki se vzpenjajo na te vrhove, v teh razmerah, na teh višinah, v takih vremenskih pogojih! Vsa čast.

Vsak od mojih šestih trekingov je imel svoj pečat, svojo zgodbo, svoj napor, razglede, mir, spokoj, karmo.

Krasne doline, polja, polna riža, pridelkov, visokogorje kruto, pusto, pa vendar z razgledi, ki jih ne pozabiš, z ljudmi, ki so zadovoljnejši kot marsikateri milijarder.



Pogled od mojega doma

Kulise gorovja, jezera, soteske, ledeniki, plazovi, potoki, poti, ki jih je odnesel ta ali prejšnji potres ali plaz, ali deroča reka, predvsem pa ljudje, domačini, ki te prijazno pozdravijo, ponudijo čaj.

Še en dogodek se mi je vtisnil v spomin: Ko sem se vrnil z več kot tri tedne trajajočega trekinga, popolnoma umirjen, v drugem svetu, me nekdo vpraša: Mi poveš številko svojega mobilnega telefona? Pa se je nisem spomnil. No, realnost je bila hitro drugačna. Po vsaki vrnitvi domov me je čakalo nešteto elektron-

skih sporočil, računov, klicev bolnikov, podaljšana čakalna doba za naročene in v nekaj dneh sem bil spet v starih tirnicah.

Po zadnjem trekingu sem rekel: Stari, dosti imaš. Pa vendar me je po nekaj mesecih že začelo vleči v te kraje, in sicer v Tibet, ki ga še vedno čakam. Vendar samo kot treking!

No, pa tudi doma je lepo, najlepše!

Namaste.

Prim. Boris Kralj, dr. med., Kamnik

SISI – VABILO K SODELOVANJU

Tudi letos želimo v aprilsko številko revije Isis vključiti bogato in raznoliko humorno rubriko Sisi. Vabimo vas, da zapišete šale, smešne domislice, duhovite zgodbe, opišete zanimive dogodivščine ali morda kaj narišete in nam svoje zabavne prispevke (prozna besedila, pesmi, risbe, karikature ...) čim prej pošljete, saj se 1. april hitro približuje.

Gradivo bomo zbirali do 10. marca na e-naslovu: isis@zss-mcs.si

Vabljeni!

Na otroška leta imam lepe spomine ...

Črt Marinček

Po materini strani (Mara Brezovšek, 1919–1998) sem pravi »Štajerc«.

Poletne počitnice, ki so trajale dobra dva meseca, sem preživel v Orehovi vasi 65, kjer sta živela babica Mima in dedek Konrad.

V Ljubljani so me starši dali na popoldanski vlak, ki je po dobrih štirih urah vožnje prisopihal na postajo Orehova vas - Slivnica. Tam me je čakala »baca« Mima in skupaj sva odšla na prej omenjeni naslov. Mima me je razvajala z domačo kuhinjo, saj so njene kokoši skrbele za jajca in meso. Vsako jutro sem kuram pobral sveža jajčka, ki sem jih potem dobil na mizo v vseh možnih oblikah, za zajtrk ali večerjo. Za kosilo je

bilo z redkimi izjemami na mizi: goveja juha, v drobtincah ocvrto (pohano) piščančje bedro, pire krompir in solata iz murk (kumaric) z bučnim oljem. Vodnjak je bil na dvorišču, na drugem koncu, blizu hleva za prašiča, pa stranišče z lesenim pokrovom (latrina) na štrbunk. Toaletni papir so bili primerno veliki kosi zmečkane časopisnega papirja. Zraven je bilo polno vedro vode.

Milo in brisača sta bila pri vodnjaku s štirno. Tam sem si zjutraj in zvečer umival tudi zobe, če je deževalo, pa v hiši. Celo dvorišče je bilo pokrito z gosto brajdo s trto izabelo, ki je nudila senco, jeseni pa najmanj 200 litrov vina.

Pred hišo ob cesti je tekel potoček, nalašč za moj leseni mlinček, narejen iz leske. Če sem stopil v potok bos, sem mi je takoj prisesala najmanj ena pijavka, ki pa me je takoj zapustila zaradi goreče vžigalice ali tleče cigarete. Tudi lok in puščice smo mulci znali narediti in po možnosti še zadeti v tarčo. Kdor je znal metati nož tako, da se je po nekaj metrih leta zabil v drevo, žvižgati na prste in igrati na orglice, pa je bil že pravi frajer. Pri hiši je bila seveda mačka, ki je znala loviti miši, če sem pa videl, da hoče ujeti ptiča, sem vrgel karkoli ali vsaj zavpil in prestrašil oba. Manjši pes je bil pripet z verigo, saj se je sicer pognal za vsakim kolesarjem.

K sosedu Marčiču, poštarju, sem šel zjutraj kar peš po časopis Večer, od doma sem dobil kakšno pismo ali dopisnico, če so šli kam na izlet, pa tudi razglednico. Poštar je imel tudi telefon.

Po kosilu sem moral počivati v zatemnjeni spalnici. Če je šla Mima na klepet k sosedi, sem knjige prebiral ob prižgani namizni svetilki, če pa je bila doma, sem si pomagal s svetilko pod deko.

Nedaleč od hiše je bila železniška zapornica, ki jo je spuščal in dvigoval čuvaj. Pri tem je »pel« zvonec, saj so semaforje postavili šele precej kasneje. Ko sem zaslišal zvonec, sem stekel na travnik in občudoval lokomotive s potniškimi ali tovornimi vlaki, pri tem pa štel vagone. Ceste so bile makadamske, prašne ali po dežju polne luž.





Fotografije Leopoldine Plakolm, objavljene v knjižici *Zdravstvena nega in izobraževanje medicinskih sester v Mariboru*: Polda s sinom Brankom, z dojenčico in na fotografiji v njeni spominski sobi.

Avtobusi so zaradi ne dovolj močnih motorjev komaj premagovali dolge klance, daljša vožnja je bila utrujajoča, pravo nasprotje vlaka, kjer je na razpolago tudi stranišče.

Dedek je bil zaposlen kot kurjač v opekarni Rače, včasih tudi ponoči. Na delo se je vozil z biciklom. Naučil me je igrati šah, za kar sem mu še danes hvaležen. Ker je kadil, sem mu s privarčevanimi dinarčki kupoval cigarete, ki so bile takrat razvrščene v naslednje cenovne razrede: Drava, Ibar, Zeta, Morava in Filter 57 lju-bljanske tobačne tovarne.

Čez cesto sta bila doma moja vrstnika Franček in Alfonz s sestro Kristino, njihov Lumpi pa je bil moj pasji prijatelj. Če je v grmovju našel ježa, je ponorel in ga kljub konicam igel v svojem smrčku skušal prikotaliti do potoka, česar mu seveda nisem pustil. Kopat smo se hodili v opuščeni glinokop opekarne Rače. V njem so plavale majhne ribice. Če sem jih ujete nabodel na majhno vejo in pustil v vodi, sem skoraj vedno privlekel ven tudi rake. Za večerni koncert so skrbele žabe iz sosednjih mlak, da o ptičjem petju od jutra do večera niti ne govorim. Pasel sem krave, pomagal pri žetvi pšenice in se naučil streljati z zračno puško. Če sem prišel do kolesa, sem se z njim tudi po več ur vozil med polji in travniki. Bližnji obronki Pohorja so bili polni jagod, borovnic in različnih gob. Nabirat sem jih hodil s prijatelji in košara je bila vedno polna. Ker sem se bal kač, sem s palico mahal po rastju pred seboj.

Babico je pogosto obiskal »ribič« s postrvjo, zavito v koprive in časopisni papir. Za plačilo je dobil denar za cigarete.

Nekaj dni pred začetkom šole so pome prišli starši z avtom. Seveda smo v Ljubljano peljali domačo zelenjavo, saj je bil pri domačiji vrt z vsem, kar se doma potrebuje za kuho, skratka tržnica v malem.

Sestra moje bace Mime je bila ena prvih diplomiranih babic, Leopoldina Plakolm (1907–1979). Šolala se je v Zavodu za socialno higiensko zaščito dece v Ljubljani. Šolnino ji je plačala

vaška skupnost Orehova vas - Hotinja vas pri Mariboru. Ko je končala šolanje, so ji dodelili zastonj parcelo za majhno hišo s številko Orehova vas 69. Kot mi je povedal njen sin Branko, ki je maja lani praznoval 88 let, je v svoji karieri opravila 1.218 porodov. Pri porodu je umrla ena porodnica, novorojenčki pa so vsi ostali živi. Dal mi je s slikami bogato opremljeno knjižico z naslovom *Zdravstvena nega in izobraževanje medicinskih sester v Mariboru* (izdalo jo je Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Maribor, 2024), kjer je o babici Poldi veliko napisanega na str. 38 in 39. Med 2. svetovno vojno je bilo zanjo delo še posebej težavno. Imela je srečo, da je bila pri nemških vojakih dobro zapisana. Vedeli so, da je babica na terenu in da je zmeraj na nujni poti zaradi bližajočega se poroda. Telefon je bil samo na pošti, od koder je lahko poklicala reševalce in rešilni avto iz Maribora. Imela je obsežen teren: Slivnica, Radizel, Čreta, Hotinja vas, Orehova vas, Hoče, Miklavž na Dravskem polju, Rače, Fram, Ranče in vse do vrha Pohorja nad temi in še desetimi vasmimi. Povsod je prevladovala revščina, tako da si je Polda enkrat slekla kombinežo in vanjo povila otroka. Iz Frama izvirata tudi naša odlična kolega ginekolog profesor Božo Kralj (1932–2020) in urolog primarij Miloš Kralj (1930–1998). Njun oče je bil vaški zdravnik v Framu.

Takšno je bilo moje srečno in brezskrbno otroštvo, zato se še zdaj včasih spomnim narodne pesmi: Oj, lepo je zares na deželi, kjer ...

**Prof. dr. Črt Marinček, dr. med.,
v. svet., Ljubljana**

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is €64.90. A single issue costs €5.90. The tax is included in the price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Print run: 9,500 copies.

The journal is named after Isis, an Egyptian goddess. Legends say that she had healing powers, that her power extended throughout the world, and that each person is a drop of her blood. She was considered to be the founder of medicine. Her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people.

The President of the Medical Chamber
Prof. dr. **Bojana Beović**, dr. med., spec.

The Vice-presidents of the Medical Chamber
Rok Ravnikar, dr. med., spec.
Barbara Škrlič, dr. dent. med.

The President of the Assembly
Tanja Petkovič, dr. med., spec.

The Vice-president of the Assembly
Lučka Selič, dr. dent. med.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The President of the Educational Council
Izr. prof. dr. **Nataša Bratina**, dr. med., spec.

The President of the Professional Medical Committee
Prof. dr. **Sebastjan Bevc**, dr. med., spec.

The President of the Primary Health Care Committee
Rok Ravnikar, dr. med., spec.

The President of the Hospital Health Care Committee
Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

The President of the Dentistry Health Care Committee
Barbara Škrlič, dr. dent. med.

The President of the Legal-ethical Committee
Peter Golob, dr. med., spec.

The President of the Social-economic Committee
Mag. **Marko Bitenc**, dr. med., spec.

The President of the Private Practice Committee
Miha Lukač, dr. med., spec.

The Secretary General
Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Legal Department
Peter Renčel, univ. dipl. prav.

Head of Finance and Accounting Department
Mag. **Nevenka Novak Zalar**, univ. dipl. ekon.

Head of Health Economics, Planning and Analysis Department
Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Head of Postgraduate Medical Training
Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Basic Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department
Barbara Galuf Zajc, univ. dipl. prav.

Head of Public Relations Department
Urška Šestan, univ. dipl. prav.

Head of Congress Activities
Andreja Stepišnik, univ. dipl. upr. org.

Head of IT Department
Maja Horvat, mag. posl. inf.

Head of Member Personal Support Service and Mediation Office
Vesna Habe Pranjič, univ. dipl. prav.

Head of General Affairs Department/Head Office
Katja Martinc



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have direct contact with patients. The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending, and revoking doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring, and supervising) the secondments of the two-year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings, and other types of professional medical development.
- Professionally auditing and appraising each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning, and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in negotiation on the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and concluding them on behalf of private doctors as employees, thereby enhancing the value of medical professionals' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find a job.
- Assisting members to find suitable temporary replacements during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising cultural, sporting, and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free, permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the Medical Chamber charter.

